

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026r., poz. 428)

Dotyczące uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w formie, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

.....
(imię i nazwisko dziecka / ucznia, data i miejsce urodzenia ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia i PESEL ucznia)

.....
(adres zamieszkania ucznia)

.....
(nazwa i adres przedszkola/ szkoły, klasy, nazwa zawodu w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie)

Diagnoza (określenie rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)¹

.....
.....
.....
.....
.....
ICD

Szczegółowy opis przebiegu choroby oraz aktualnego stanu zdrowia dziecka:

.....
.....
.....
.....
.....

¹ wydane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji (lekarz ten wydaje w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) w dziedzinie medycyny odpowiednio:

- w przypadku niewidzenia albo słabego widzenia – okulistyki,
- w przypadku niesłyszenia albo słabego słyszenia – audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii,
- w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej,
- w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii;

Data rozpoczęcia leczenia:

.....
.....
.....

Ocena wyniku leczenia i rokowania

.....
.....
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)