

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia na potrzeby zespołu orzekającego działającego  
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Zgorzelcu

w celu wydania **orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania** lub **orzeczenia o potrzebie  
indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego \***

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

**Dane dziecka/ucznia:**

**Imię i nazwisko dziecka /ucznia:** .....

**Data urodzenia** ..... **miejsce urodzenia dziecka/ucznia:**.....

**PESEL dziecka/ucznia:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Miejsce zamieszkania dziecka/ucznia:** .....

### 1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego

*(Proszę podać pełną diagnozę wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą  
Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD, potwierdzoną przez  
lekarza specjalistę, lekarza w trakcie specjalizacji lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na  
podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)*

**ICD -**

--

**Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego:**

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

### 2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające z rozpoznanej choroby lub problemu zdrowotnego

*(Opis ograniczeń, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/szkoły)*

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

3. Stwierdzenie czy ograniczenia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego (proszę właściwie podkreślić):

- uniemożliwiają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły
- znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

4. Określenie czasu, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły – przewidywany okres nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż 1 rok szkolny (§ 6 ust. 8 pkt 1 Rozporządzenia):

od ..... do ..... (wpisać dokładną datę)

**5. Informacje dodatkowe dotyczące opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień**

*(W przypadku objęcia dziecka/ucznia opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień – zalecenia do pracy w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, jeśli zostały przekazane przez lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego)*

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

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Pieczętka i podpis lekarza*

---

**Dodatkowo – w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe:**

6. Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu (§ 6 ust. 9 Rozporządzenia):

**(Wypełnia tylko lekarz medycyny pracy** w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe).

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

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy*

\* **podkreślić właściwe**