

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

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

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 02.03.2026.Na podstawie art. 127 ust. 18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043, 1160 i 1837 oraz z 2026 r. poz. 187 i 203)

Dane dziecka/ucznia

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL:

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

Miejsce zamieszkania:

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 choroby lub problemu zdrowotnego

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

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

3. Stan zdrowia dziecka/ucznia (proszę podkreślić właściwe)

- **Uniemożliwia uczęszczanie do szkoły/ przedszkola**
- **Znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły/ przedszkola**

(uczęszczanie do przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego lub oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej lub szkoły)

4. Przewidywany okres ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka/ucznia

(Nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż 1 rok szkolny , w którym stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły.)

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:
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