Na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej nr identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia/dziecka na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

Dotyczy przyznania indywidualnego nauczania/obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dla ucznia/dziecka:

. . . . . |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(imię i nazwisko) *(PESEL)*

urodzonego . . . . . .
(data) *(miejscowość)*

zamieszkałego . . . . . .
(adres)

na okres . . . . . .
(okres nieobecności nie krótszy niż 30 dni od dnia posiedzenia zespołu orzekającego, nie dłuższy niż do końca roku szkolnego)

Ze względu na stan zdrowia*:

- uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły/przedszkola (zajęcia edukacyjne wyłącznie w miejscu pobytu ucznia/dziecka),

- znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły/przedszkola (zajęcia edukacyjne w miejscu pobytu ucznia/dziecka z możliwością udziału w zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia, uroczystościach i imprezach szkolnych/przedszkolnych lub zajęcia edukacyjne na terenie szkoły/przedszkola). Proszę podać zakres: . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

W przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe – warunki realizacji praktycznej nauki zawodu. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z obowiązującą klasyfikacją ICD oraz wynikające z tej choroby ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Okres leczenia w placówce. . . . . .

Zalecane formy leczenia . . . . . .

. . . . . .

. . . . . ., dnia . . . . . r. . . . . .
(miejscowość, data) *(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)*

* – właściwe podkreślić