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 dziecka/ucznia na potrzeby zespołu orzekającego w PPP nr 10 w Warszawie

Dotyczy wydania dla dziecka/ucznia*:

- o orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
- o orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- o opinii w sprawie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

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

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

zamieszkałego w . . . . . .
(adres)

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z obowiązującą klasyfikacją ICD przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji (zgodnie z wymaganiami § 6 Rozporządzenia): . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia: . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny: . . . . . .

. . . . . .

Zalecany zakres realizacji wybranych zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych indywidualnie z dzieckiem/ uczniem lub w grupie do 5 dzieci/ uczniów, w przypadku dziecka/ucznia napotykającego na trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym należy określić sposób realizacji tych zajęć:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

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

* – właściwe podkreślić