

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
(do wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
grupowych/indywidualnych) *

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

(wydaje lekarz specjalista lub lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)

Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiiona i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

PESEL _____

Adres zamieszkania.....

Przedszkole/szkoła Klasa

I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

.....

.....

.....

.....

Wpływ choroby lub problemu zdrowotnego na codzienne funkcjonowanie w domu , przedszkolu/szkole/placówce:
(lekarz wypełnia obowiązkowo)

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

* *podkreślić właściwe*