……
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia
dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Dąbrowie Białostockiej

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 428) w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych z uwagi na stan zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203).

Imię i nazwisko dziecka ……..…….……..…..…

ur. ……..……..……
(data urodzenia, miejsce, PESEL)

Miejsce zamieszkania ……..……...….

1) Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w przypadku ubiegania się o **orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**, wydane przez lekarza specjalistę, lekarza w trakcie specjalizacji lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

   a) Choroba lub problem zdrowotny (§6.7 rozporządzenia) wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..

b) Wyniki badań istotne dla określenia trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka lub ucznia (§6.6.2 rozporządzenia):

……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..

2) Inne ważne informacje:

……..……
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..

Do zaświadczenia należy załączyć kopię dokumentacji medycznej z leczenia choroby lub problemu zdrowotnego zawierająca informacje o czasie i przebiegu leczenia (§6.6.2 rozporządzenia).

……. ……..
(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)