



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
do indywidualnego obowiązkowego przygotowania
przedszkolnego/indywidualnego nauczania*

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Człuchowie, działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 02 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2026. poz. 428)

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia) (data urodzenia)

PESEL

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

.....
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

.....
(przedszkole/szkoła, klasa)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) (§6 ust.6 pkt. 1a rozporządzenia)

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

Kod ICD 10

--

Przewidywany okres (nie krótszy niż 30 dni) w którym stan zdrowia dziecka/ucznia **uniemożliwia** lub **znacznie utrudnia uczęszczanie** (właściwe zaznaczyć) do przedszkola lub szkoły (§6 ust.8 pkt. 1 rozporządzenia)

.....

☐ stan zdrowia **uniemożliwia** uczęszczanie do przedszkola/szkoły

☐ stan zdrowia **znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola/szkoły

* zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka/ucznia wydaje lekarz specjalista albo lekarz w trakcie specjalizacji lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego, przy czym lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust.8 i 13 rozporządzenia)

Ograniczenia i bariery utrudniające funkcjonowanie dziecka lub ucznia wynikające ze stanu zdrowia (należy opisać wpływ choroby lub problemu zdrowotnego na funkcjonowanie dziecka/ucznia, w szczególności w zakresie możliwości uczęszczania do przedszkola/szkoły, np. ograniczenia w poruszaniu się, funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym, społecznym, nasilone objawy chorobowe, konieczność leczenia, rekonwalescencji itp.).

.....

.....

.....

.....

- ☐ lekarz specjalista
- ☐ lekarz w trakcie specjalizacji

.....

(miejscowość, data) (pieczęć placówki) (pieczęć i podpis lekarza)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wypełnia lekarz medycyny pracy w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe)

- **określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie** - proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami

.....

.....

.....

.....

- **w tym warunków realizacji praktycznej nauki zawodu** - proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami,

.....

.....

.....

.....

.....

(miejscowość, data) (pieczęć placówki) (pieczęć i podpis lekarza)