PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA
77 – 300 Człuchów, ul. Szczecińska 20, tel. (059) 83 411 33,
e-mail: poradnia@ppp.czluchow.org.pl

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w przypadku: niepełnosprawności intelektualnej, zagrożenia niedostosowaniem społecznym, niedostosowania społecznego i zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, jeśli towarzyszą im choroby wpływające na funkcjonowanie dziecka/ucznia w edukacji

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Człuchowie, działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 02 marca 2026r. 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

Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej z ograniczeniami i barierami funkcjonowania dziecka/ucznia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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