



.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNIA
na potrzeby Zespołu Orzekającego w celu objęcia
indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym
lub indywidulnym nauczaniem*

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 (Dz. U. z 2026, poz.428)

(wydane przez lekarza specjalistę, lekarza w trakcie specjalizacji lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)

Imię/imiona i nazwisko dziecka/ucznia:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:

- 1. Przewidywany okres indywidulnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidulnego nauczania, nie krótszy jednak niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:**

od dnia: do dnia:

- 2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):**

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

*właściwe podkreślić

3. Opis wynikających z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Stan zdrowia dziecka lub ucznia*:

- **uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły;**
- **znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.**

W przypadku gdy znacznie utrudnia:

Czy stan zdrowia pozwala dziecku/uczniowi uczestniczyć np. w uroczystościach organizowanych w przedszkolu/szkole*:

- **TAK**
- **NIE**

.....

miejsowość, data

.....

pieczętka i podpis lekarza