



.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNIA
ZAGROŻONEGO NIEDOSTOSOWANIEM SPOŁECZNYM/NIEDOSTOSOWANEGO SPOŁECZNIE
na potrzeby Zespołu Orzekającego
w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**

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)

Imię/imiona i nazwisko dziecka/ucznia:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:

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

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

3. Trudności w codziennym funkcjonowaniu, zalecane warunki i formy wsparcia:

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

*właściwe podkreślić

4. U dziecka / ucznia stwierdza się*:

- zagrożenie niedostosowaniem społecznym;
- niedostosowanie społeczne.

.....

miejsowość, data

.....

pieczętka i podpis lekarza