

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**Z A Ś W I A D C Z E N I E   L E K A R S K I E**  
**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego**  
**(do wydania orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego,**  
**indywidualnego rocznego obowiązkowego przygotowania**  
**przedszkolnego)**

*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*

**(wydaje lekarz specjalista, w trakcie specjalizacji lub lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)**

**Dane dziecka/ucznia:**

Imię/imiona i nazwisko .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....

PESEL .....

Adres zamieszkania.....

Przedszkole/szkoła ..... Klasa .....

**I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:**

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

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

## II. Określenie ograniczeń stanu zdrowia i czasu realizacji nauczania indywidualnego

1. Ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia/dziecka wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają\* uczęszczanie do szkoły/przedszkola (\* włączyć podkreślić):

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

### Uwagi:

**Nauczanie indywidualne powinno być realizowane na terenie domu / szkoły lub zdalnie**

*(\* włączyć podkreślić)*

2. **Określenie czasu, w którym stan zdrowia uniemożliwia uczęszczanie do szkoły/ znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny:**

.....  
.....

3. **\* Informacja wydana przez lekarza medycyny pracy określająca możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.**

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

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza*

3\*) dotyczy ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe, jeżeli zespół, po zapoznaniu się z dokumentacją, stwierdzi, że zaświadczenie to jest niezbędne do wydania orzeczenia.

### Uwagi:

2. **Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich punktach, inaczej będzie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia.**