

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia
w celu wydania orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla potrzeb
Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Pleszewie

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji 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 r. poz. 428)

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
data urodzenia

.....
adres zamieszkania dziecka

1. **Orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art.42.ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2026 r. poz. 37 i 203)- rozpoznanie, występująca niepełnosprawność:**

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

2. **Stan zdrowia:** przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowania, objawy choroby, leki, inne czynniki mające wpływ na funkcjonowanie dziecka.

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

3. **Medyczne zalecenia** dotyczące warunków realizacji potrzeb rozwojowych, w tym informacje o konieczności zapewnienia sprzętu specjalistycznego i środków niezbędnych do realizacji zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, stosowania wspomagającej lub alternatywnej metody komunikacji:

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

4. **Zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze mogą być realizowane w formie (zaznaczyć właściwe):**

- ☐ indywidualnej
☐ zespołowej

.....
(pieczęć i podpis lekarza)