

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka ubiegającego się
o orzeczenie o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego
przygotowania przedszkolnego / indywidualnego nauczania 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)

Zaświadczenie wydaje

- *lekarz specjalista*
- *lekarz w trakcie specjalizacji w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*
- *lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego*

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
data urodzenia

.....
adres zamieszkania dziecka

1. Zaświadczenie 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), **określające rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego** wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD

.....

.....

2. Wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do szkoły \ przedszkola:

.....

.....

.....

3. Ze względu na stan zdrowia (zaznaczyć właściwe):

- ☒ znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły / przedszkola lub oddziału przedszkolnego
- ☒ uniemożliwiający uczęszczanie do szkoły / przedszkola lub oddziału przedszkolnego

4. Konieczne jest indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne / indywidualne nauczanie w okresie: (przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny).

OD..... **DO**.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)