

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejscowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia  
w celu wydania **orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dla dziecka/ucznia**  
**zagrożonego niedostosowaniem społecznym / niedostosowanego społecznie**  
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. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) - 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:

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)