

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

## o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

(na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych - Dz. U. poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia ..... ur. ....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

### CZĘŚĆ A

**Wypełnia się dla dzieci i uczniów w stosunku, do których będzie przeprowadzone  
postępowanie orzekające dotyczące: (§ 6 ust. 4 rozporządzenia)**

**Proszę zaznaczyć właściwe:**

- wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka
- indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego
- indywidualnego nauczania
- kształcenia specjalnego
- zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim)

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 lub innego problemu zdrowotnego, dotychczasowego leczenia, podjęta terapia, stosowane leki: .....
3. informacja o ograniczeniach w funkcjonowaniu dziecka/ ucznia wynikających ze stwierdzonej niepełnosprawności lub procesu terapeutycznego: .....
4. niezbędny w procesie kształcenia dziecka/ucznia z niepełnosprawnością sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, w tym technologie informacyjno-komunikacyjne oraz warunki do nauki: .....
5. zalecana terapia, wsparcie medyczo-rehabilitacyjne, wskazany sprzęt specjalistyczny oraz inne działania i informacje niezbędne dla organizowania procesu edukacyjnego: .....

6. w przypadku kształcenia specjalnego: czy istnieje potrzeba realizacji wybranych zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych indywidualnie z dzieckiem/ uczniem lub w grupie do 5 osób w przypadku dziecka/ ucznia napotyającego na trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

**TAK**

**NIE**

ZAKRES TYCH ZAJĘĆ: .....

.....

UZASADNIENIE: .....

.....

### CZĘŚĆ B

Wypełnia się jeżeli zaświadczenie lekarskie dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie:  
indywidualnego nauczania albo indywidualnego przygotowania przedszkolnego

(§ 6 ust. 5 rozporządzenia)

7. wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

.....

.....

.....

8. stan zdrowia dziecka / ucznia: proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

**ZNACZNIE UTRUDNIA** uczęszczanie do szkoły

**UNIEMOŻLIWIA** uczęszczanie do szkoły

9. okres w którym stan zdrowia dziecka / ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (nie krótszy niż 30 dni):

.....

.....  
miejscowość, data

.....  
Pieczątką placówki służby zdrowia  
lub lekarza pracującego indywidualnie  
Nr identyfikacyjny REGON

.....  
pieczęć i podpis lekarza

**WAŻNE:** W przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania wnioskodawca dołącza zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu, jeżeli zespół, po zapoznaniu się z dokumentacją, o której mowa w ust. 3–5, stwierdzi, że zaświadczenie to jest niezbędne do wydania tego orzeczenia.