

(Pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka lub ucznia
do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
z uwagi na zagrożenie niedostosowaniem społecznym / niedostosowanie społeczne
lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 3 w Poznaniu.

Podstawa prawna: §6 ust.7 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. poz.428)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

ROZPOZNANIE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO WRAZ Z OZNACZENIEM ALFANUMERYCZNYM ZGODNYM Z MIĘDZYNARODOWĄ STATYSTYCZNĄ KLASYFIKACJĄ CHORÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH (ICD):

.....

--	--	--	--

.....

--	--	--	--

.....

--	--	--	--

.....

--	--	--	--

PROSZĘ O WSKAZANIE WPLYWU CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO NA CODZIENNE FUNKCJONOWANIE DZIECKA LUB UCZNIĄ ORAZ NAPOTYKANE PRZEZ NIEGO TRUDNOŚCI, w tym wpływające na proces uczenia się:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMACJA O CZASIE I PRZEBIEGU LECZENIA

.....

.....

.....

.....

DANE LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO ZAŚWIADCZENIE

Specjalizacja / rodzaj lekarza (zaznaczyć właściwe):

- lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego
- lekarz specjalista (specjalizacja:)
- lekarz w trakcie specjalizacji (specjalizacja:.....)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)