

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA dziecka/ucznia

**DO NAUCZANIA INDYWIDUALNEGO/ INDYWIDUALNEGO ROCZNEGO PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO
na potrzeby Zespołu Orzekającego działającego przy publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej**

(wydaje lekarz specjalista lub lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)

Na podstawie Rozporządzenia 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. 2026 poz. 428) oraz Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, z późn. zm. (Dz.U. 2024 poz. 1714).

Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko

Data urodzenia PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z klasyfikacją ICD:

Kod ICD-

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

Wpływ choroby/ procesu terapeutycznego na funkcjonowanie psychospołeczne i edukację dziecka/ucznia

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

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające z choroby i procesu terapeutycznego powodują, że stan zdrowia dziecka/ucznia

uniemożliwia uczęszczanie do placówki znacznie utrudnia uczęszczanie do placówki: *

**właściwe zaznaczyć*

Okres, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia/znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły

od dnia..... do dnia.....

(okres nie krótszy niż 30 dni, nie dłuższy niż jeden rok szkolny)

Wskazania do zapewnienia dziecku/uczniowi sprzętu specjalistycznego

brak wskazań

występują wskazania

**właściwie zaznaczyć*

Jakiego sprzętu specjalistycznego wymaga?.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Informacja lekarza medycyny pracy

dotyczy ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe

Wskazania lekarskie dotyczące możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy