

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Starogardzie Gdańskim działającego na podstawie rozporządzenia MEN z dnia 02 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026 r., poz. 428).

o stanie zdrowia dziecka/ucznia w związku z wnioskiem rodziców o wydanie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(PESEL)

.....
(data urodzenia)

.....
(miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

- 1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD**

Kod ICD:

WAŻNE - PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE

- 2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:**

(od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną, czy dziecko przyjmuje leki, czy mają one niekorzystny wpływ na naukę i zachowanie dziecka – tak, nie, rokowania)

- 3. Forma organizacji zajęć – realizowane (właściwe podkreślić):**

- a) indywidualne – w domu rodzinnym dziecka/ ucznia
- b) grupowo – na terenie placówki specjalistycznej

.....
(pieczęć i podpis lekarza)*

*Zgodnie z Rozporządzeniem MEN § 6 ust. 13 Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 6 i 8, wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji lekarz ten wydaje w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.