

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejscowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka lub ucznia na potrzeby Zespołu Orzekającego  
przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Polkowicach

**w celu wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania  
lub orzeczenia o potrzebie indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego** (niepotrzebne skreślić)

*Na podstawie: art. 127 ust.18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r., poz. 1043, 1160 i 1837 oraz z 2026 r. poz. 187 i 203), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych*

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

.....  
(data i miejsce urodzenia)

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

### 1. ROZPOZNANIE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO

KOD ..... Charakterystyka kliniczna.....

### 2. OGRANICZENIA W FUNKCJONOWANIU DZIECKA/UCZNIA – WYNIKAJĄCE Z CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO (opis ograniczeń, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/szkoły)

### 3. INFORMACJE DODATKOWE – DOTYCZĄCE OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ LUB LECZENIA UZALEŻNIEŃ; ZALECENIA DO PRACY W PLACÓWCE

**4. PRZEWIDYWANY OKRES (nie krótszy niż 30 dni), W KTÓRYM STAN ZDROWIA UNIEMOŻLIWIA LUB ZNACZNIE UTRUDNIA DZIECKU/UCZNIOWI UCZĘSZCZANIE DO PRZEDSZKOLA/SZKOŁY**

.....

**5. STAN ZDROWIA DZIECKA/ UCZNIA JEST:** (podkreślić właściwe)

- Uniemożliwiający
- Znacznie utrudniający

(uczęszczanie do przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej lub do szkoły)

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty  
lub lekarza w trakcie specjalizacji,  
lub lekarza POZ (diagnoza na podstawie  
dokumentacji leczenia specjalistycznego)

**6. W PRZYPADKU UCZNIA SZKOŁY PROWADZĄCEJ KSZTAŁCENIE ZAWODOWE – KONIECZNA INFORMACJA LEKARZA MEDYCyny PRACY DOTYCZĄCA OKREŚLENIA MOŻLIWOŚCI DAJSZEGO KSZTAŁCENIA W ZAWODZIE**

.....

.....

**WARUNKI REALIZACJI PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU**

.....

.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza medycyny pracy