……..
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Łomży

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

Imię i nazwisko dziecka/ucznia…….....

PESEL

CZĘŚĆ A

(Wypełnia się dla uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiejkolwiek formie dotyczące: ***a)****kształcenia specjalnego,* ***b)****indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowanie przedszkolnego,* ***c)*** *indywidualnego nauczania,* ***d)*** *zajęć rewalidacyjno – wychowawczych,* ***e)*** *wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.*

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia

Diagnoza (choroba główna – **kod ICD**) oraz choroby współwystępujące)[1]

……...
.....
.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

……...
……..
……..
……..
……..
…….

Ocena wyniku leczenia i rokowania

……...
……...
……

[1] **zaświadczenie lekarskie**, zawierające orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203), określające rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), wydane przez **lekarza specjalistę** albo lekarza w trakcie specjalizacji, w dziedzinie medycyny odpowiednio:

a) w przypadku niewidzenia albo słabego widzenia – **okulistyki,**
b) w przypadku niesłyszenia albo słabego słyszenia – **audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii,**
c) w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – **neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej,**
d) w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – **psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii;**

** 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.*

CZĘŚĆ B

(Wypełnia się tylko dla uczniów ubiegających się o indywidualne nauczanie lub o indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne)

1. Czy dziecko/uczeń wymaga nauczania indywidualnego/indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego:
   TAK **NIE** (niepotrzebne skreślić)
2. Określenie, czy stan zdrowia dziecka
- uniemożliwia uczęszczanie do przedszkola/szkoły
- znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły (niepotrzebne skreślić).
3. Określenie czasu, w którym stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż rok szkolny).

…….
…….

4. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym (ICD) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

……..……
……..……
…….
…….
…....……
…….....
.....

……. **……..**
/miejscowość, data/ /pieczątka i podpis lekarza/

Część C

(**Wypełnia lekarz medycyny pracy** w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe)

1. Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

……
……
……
……

……. ……..
/miejscowość i data/ /pieczątka i podpis lekarza medycyny pracy/