……

pieczęć placówki medycznej prywatnej/POZ (w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji)[1]

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania;
indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026r. **w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych** 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)

Imię i nazwisko ……..……...

PESEL | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania dziecka/ucznia……

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

ICD …… |

……

……

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

……
……
……
……

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, wynikające z choroby, innego problemu zdrowotnego lub procesu terapeutycznego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają mu uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

……
……
……

Ocena wyniku leczenia i rokowania

……
……
……
……

[1] **§ 6 ust. 13** 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

Stwierdzenie uogólniające czy stan zdrowia ucznia [2]

- **uniemożliwia;**
- **znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły.**

W przypadku dziecka/ucznia, którego stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły prosimy o określenie możliwych działań integrujących dziecko/ucznia ze środowiskiem przedszkolnym/szkolnym i zajęć edukacyjnych ułatwiających powrót ucznia do przedszkola/szkoły

……
……
……
……

Okres, w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (nie krótszy jednak niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny)

……

…… **……**

miejscowość, data *pieczątka i podpis lekarza*

Część dotycząca ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe
(wydaje lekarz medycyny pracy)

……
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w sprawie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

Na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1743)

Imię i nazwisko ucznia ……

PESEL | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania dziecka/ucznia……

- Brak przeciwwskazań zdrowotnych do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.
- Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.
  (wybrane podkreślić)

Określenie warunków realizacji praktycznej nauki zawodu

……

…… **……**

miejscowość, data *pieczątka i podpis lekarza*

[2] właściwe podkreślić