

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*Do wydania Orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania;
indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego*

o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę¹⁾ lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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. z 2026 r. poz. 428),

Imię i nazwisko

PESEL:														
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

***Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym
zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD***

.....

.....

.....

.....

***Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu
dziecka lub ucznia.***

.....

.....

.....

.....

.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

.....

.....

.....

.....

¹ Zaświadczenie 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.

Ocena wyniku leczenia i rokowania

.....

.....

.....

.....

Stwierdzenie uogólniające, czy stan zdrowia ucznia

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

(właściwe podkreślić)

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).

.....

.....

.....
(Miejscowość, data)

.....
(pieczętka 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

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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. z 2026 r. poz. 428).

Imię i nazwisko

PESEL:												
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 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)

.....
(pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy)