

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia dziecka / ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego  
działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Warszawie**

*Podst. prawna: Rozporządzenie MEN 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 dziecka/ucznia: .....

Numer PESEL dziecka

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

Data i miejsce urodzenia:.....

Miejsce zamieszkania:.....

### Część A

Wypełnia się dla dziecka/ucznia, w stosunku, do którego będzie prowadzone postępowanie orzekające w jakiegokolwiek formie, tj. dotyczące kształcenia specjalnego, albo indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego, albo indywidualnego nauczania, albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, albo wczesnego wspomaganie rozwoju.

#### 1. Zaświadczenie o stanie zdrowia:

**a) Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD (§ 6 ust.5 pkt 2)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**b) Szczegółowy opis przebiegu choroby, dotychczasowego leczenia oraz aktualnego stanu zdrowia dziecka, data rozpoczęcia leczenia:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Numer PESEL dziecka

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

**c) Sposób, w jaki choroba lub inny problem zdrowotny wpływa na funkcjonowanie dziecka/ucznia m.in. w przedszkolu/szkole:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**d) Potrzebny, z uwagi na chorobę/niepełnosprawność, niezbędny sprzęt specjalistyczny, w tym technologie informacyjno-komunikacyjne:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**e) Zalecane działania/ ćwiczenia ukierunkowane na poprawę funkcjonowania dziecka/ucznia, z uwagi na chorobę/niepełnosprawność:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**f) Ocena wyniku leczenia i rokowania:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

Numer PESEL dziecka

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

## Część B

Wypełnia się tylko w przypadku ubiegania się o indywidualne nauczanie lub obowiązkowe indywidualne przygotowanie przedszkolne

### 2. Określenie, czy stan zdrowia dziecka / ucznia (właściwe podkreślić):

- UNIEMOŻLIWIA uczęszczanie do przedszkola / szkoły
- ZNACZNIE UTRUDNIA uczęszczanie do przedszkola / szkoły

**Uzasadnienie - wskazanie faktów oraz przyczyn z powodu, których uczeń nie może uczęszczać lub ma znacznie utrudnioną możliwość uczęszczania do szkoły.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 3. Określenie czasu, w którym stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (§ 6 ust. 5 pkt. 1):

na okres (nie krótszy niż 30 dni) od: .....do:.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

## Część C

**Część dotycząca uczniów szkół prowadzących kształcenie w zawodzie – wypełnia lekarz medycyny pracy:**

**Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu**  
(§ 6. ust. 6):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)