

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty, lekarza w trakcie specjalizacji lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lesznie

(działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie opinii i orzeczeń wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych, Dz.U. z 2026, poz. 428)

Dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie:

- indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
 indywidualnego nauczania

* właściwe zaznaczyć

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Stan zdrowia dziecka /ucznia:

- uniemożliwia
 znacznie utrudnia dziecku / uczniowi uczęszczanie do przedszkola / szkoły

* właściwe zaznaczyć

2. Okres w jaki zachodzi potrzeba indywidualnego nauczania (nie krótszy niż 30 dni)

.....

3. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD

.....

.....

.....

4. Opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które powodują, że stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

POUCZENIE:

Zaświadczenie wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji lekarz ten wydaje w ramach udzielanej dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zaświadczenie lekarza medycyny pracy

(dotyczy ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe –załącznik do zaświadczenia lekarskiego dotyczącego wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania)

Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunków realizacji praktycznej nauki zawodu:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)