

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia

na potrzeby kształcenia specjalnego/zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kościerzynie, działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach (Dz.U.2026 poz. 428)

I. Imię i nazwisko

dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

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

Adres zamieszkania dziecka.....

.....

Nazwa i adres przedszkola/szkoły.....

.....klasa.....

II. DANE LEKARZA

Imię i nazwisko:

.....

Dziedzina medycyny (specjalizacja):

.....

☐ lekarz specjalista

☐ lekarz w trakcie specjalizacji

III. PODSTAWA WYDANIA ZAŚWIADCZENIA

Zaświadczenie wydaje się na podstawie:

☐ dokumentacji medycznej

☐ badania pacjenta

☐ dokumentacji leczenia specjalistycznego

1. Zdrowy*: ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli NIE:

Kod ICD

--

CZĘŚĆ I

1. Choroba podstawowa/rodzaj niepełnosprawności:

.....

.....

2. Choroby współwystępujące:

.....
.....

3. Poradnia specjalistyczna, pod której opieką pozostaje dziecko/uczeń

.....

od kiedy?

.....

4. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

5. Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

6. Medyczne zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb (metody, formy pracy z dzieckiem, specjalistyczny sprzęt, warunki ułatwiające dziecku przyswajanie wiedzy i in)

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

7. Zalecane formy usprawniania mające na celu poprawę funkcjonowania dziecka/ucznia

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

CZEŚĆ II - należy uzupełnić w przypadku ucznia ubiegającego się o kształcenie specjalne z powodu niepełnosprawności (ruchowa, afazja, autyzm, zespół Aspergera)*

Stwierdza się niepełnosprawność i dziecko/uczeń wymaga specjalnej organizacji nauki i metod pracy (kształcenia specjalnego) u ucznia występuje:

☐ niepełnosprawność ruchowa

☐ afazja

☐ autyzm w tym zespół Aspergera

Nie stwierdza się niepełnosprawności i dziecko/uczeń nie wymaga specjalnej organizacji nauki i metod pracy (nie wymaga kształcenia specjalnego).

CZEŚĆ III (należy uzupełnić w przypadku ucznia ubiegającego się o kształcenie specjalne z powodu niedostosowania społecznego lub zagrożenia niedostosowaniem społecznym)

Stwierdza się:

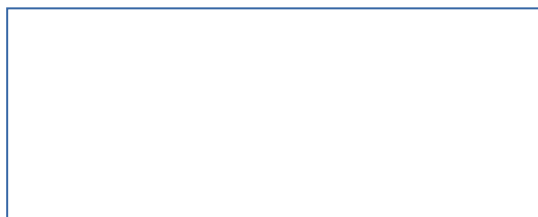
☐ zagrożenie niedostosowaniem społecznym

☐ niedostosowanie społeczne

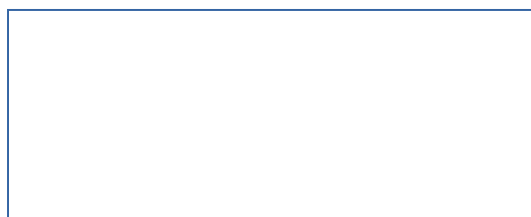
CZĘŚĆ IV (należy uzupełnić w przypadku ucznia ubiegającego się o orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych)

Stwierdza się:

- ☐ potrzebę zajęć rewalidacyjno-wychowawczych indywidualnych/zespołowych
☐ nie wymaga organizacji zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.



.....
(pieczęć placówki medycznej)



.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Data wystawienia:

UWAGA! Zaświadczenia 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. (Rozporządzenie MEN z dnia 2 marca 2026 , Dz.U. 2026 poz.428, § 6 pkt.13)

* niepotrzebne skreślić