

**Załącznik do wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.**

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej nr 24**

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

<b>DANE DZIECKA / UCZNIA</b>											
Imię (imiona) i nazwisko											
Data i miejsce urodzenia											
PESEL											
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1</sup>											
Adres zamieszkania											

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

---

---

---

---

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły (w szczególności w funkcjonowaniu społecznym, uczeniu się, komunikacji).

---

---

---

---

<sup>1</sup> Podaj, jeśli dziecko nie ma nadanego numeru PESEL

---

Wskazania dla nauczycieli - sprzyjający dziecku sposób dostosowania warunków kształcenia w przedszkolu/szkole, w tym niezbędny w procesie edukacji sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne.  
Zalecenia do pracy z dzieckiem.

---

---

---

---

---

---

### **DANE LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO ZAŚWIADCZENIE**

Imię (imiona) i nazwisko	
Specjalizacja (dziedzina medycyny)	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Nazwa i adres podmiotu leczniczego	

### **OŚWIADCZENIE LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadczenie wydaje:

- Lekarz specjalista w dziedzinie właściwej dla rozpoznania.
- Lekarz w trakcie specjalizacji, udzielający świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne.
- Lekarz w trakcie specjalizacji, udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

---

(miejsowość, data)

---

(pieczęć i podpis lekarza)