

(pieczęć placówki medycznej)

(miejsowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę, lekarza w trakcie specjalizacji 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 w Grajewie

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 (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: \_\_\_\_\_

Numer PESEL:

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

**Określenie czy stan zdrowia dziecka/ucznia:** *(właściwe podkreślić)*

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

**Przewidywany okres**, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły (nie krótszy niż 30 dni, nie dłuższy niż rok szkolny):

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

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

**Kod ICD:** \_\_\_\_\_

**Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka / ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola /szkoły

\_\_\_\_\_  
(pieczęć i podpis lekarza)