

(pieczęć placówki medycznej)

(miejsowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane przez lekarza specjalistę lub 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:

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

Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno - wychowawczych **wskazane w formie** (właściwe podkreślić):

- INDYWIDUALNIE
- ZESPOŁOWO

**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

**Stan zdrowia** (podjęta lub zalecana terapia, leki, inne czynniki ograniczające prawidłowe funkcjonowanie ucznia w systemie zajęć grupowych)

**Medyczne zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb edukacyjnych**

(pieczęć i podpis lekarza)