

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

zgodnie z Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2.03.2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z dn. 30 marca 2026 r., poz. 428)

Imię i Nazwisko ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania .....

PESEL: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Choroba główna oraz choroby współwystępujące** (rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD))

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

**Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia**

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

**Ocena wyniku leczenia i rokowania**

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

.....  
/Miejscowość, data/

.....  
/pieczęć i podpis lekarza/