

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

Data

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA

Podstawa prawna:

*Rozporządzenie MEN z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026, poz. 428);

*art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2026 r. poz. 37 i 203).

W celu rozpatrzenia wniosku o wydanie (**właściwe zaznaczyć**):

☐ zagrożenie niedostosowaniem społecznym

☐ niedostosowanie społeczne

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia: **PESEL:**

Adres zamieszkania:

1. Informacja o stanie zdrowia dziecka/ucznia – rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

2. Wynikające z choroby lub problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia oraz zalecenia do pracy z nim w przedszkolu/szkole/placówce:

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

.....
podpis i pieczęć
lekarza