

.....  
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 orzeczenia potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych  
(właściwe zaznaczyć):

- ☐ indywidualnych
- ☐ grupowych

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 do pracy z nim w przedszkolu/szkole/placówce:

.....

.....

.....

3. Okres trwania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (nie dłuższy niż 5 lat):

.....

4. Ocena efektów leczenia i rokowania:

.....

.....

.....  
podpis i pieczęć  
lekarza specjalisty