

[pieczęć placówki medycznej]	
PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W MIECHOWIE	
<p style="text-align: center;">ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia dziecka/ucznia</p> <p style="text-align: center;">dla potrzeb Zespołu Orzekającego</p> <p style="text-align: center;">działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026 poz. 428)</p> <p style="text-align: center;"><u>DO PORADNI NEUROLOGICZNEJ DZIECIĘCEJ, ORTOPEDYCZNEJ, TRAUMATOLOGI NARZĄDU RUCHU, REHABILITACJI DZIECIĘCEJ</u></p>	
Miejscowość i data	
DANE DZIECKA /UCZNIA	
Imię (imiona) i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres zamieszkania	
DANE PRZEDSZKOLA/SZKOŁY, do której uczęszcza dziecko/uczeń	
Nazwa przedszkola/szkoły:	
Klasa:	
ROZPOZNANIE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO	
<p>Czy dziecko jest osobą niepełnosprawną ruchowo? (proszę obowiązkowo wpisać niepełnosprawne ruchowo lub sprawne ruchowo)</p> <p>.....</p> <p>Oznaczenie w ICD:.....</p>	

Czy dziecko ma stwierdzoną afazję? (**Proszę obowiązkowo wpisać afazja lub nie stwierdza się**)

.....

Oznaczenie w ICD:

Choroby współistniejące
(wraz z oznaczeniem
ICD)

Opis dotychczasowego
przebiegu choroby
i leczenia:

Ocena wyniku leczenia
i rokowania:

Zaświadczenie zostało wydane na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

[Pieczęć i podpis lekarza specjalisty]

UWAGI

Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich punktach, inaczej będzie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia.