

[pieczęć placówki medycznej]

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W MIECHOWIE

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DO INDYWIDUALNEGO NAUCZANIA

dla potrzeb Zespołu Orzekającego

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)

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

Oznaczenie ICD

Opis przebiegu choroby
i dotychczasowego
leczenia:

Ocena wyniku leczenia i rokowania:	
Ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia w szkole wynikające z choroby:	
Stan zdrowia ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły (obowiązkowo wpisać właściwe):	(proszę obowiązkowo uzupełnić)
Określenie czasu, w którym stan zdrowia: uniemożliwia uczęszczanie do szkoły lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły,	<u>nie krótszy niż 30 dni i nie dłuższy niż jeden rok szkolny:</u>
Zaświadczenie zostało wydane na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.	
[Pieczętka i podpis lekarza specjalisty/lekarza POZ]	
UWAGI	
Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich punktach, inaczej będzie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia. <u>Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.</u>	

MEDYCYNA PRACY (jeżeli dotyczy)

Informacja wydana przez lekarza medycyny pracy określająca możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu:

[Pieczętka i podpis lekarza specjalisty]

UWAGI

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