

.....  
pieczęć placówki

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA / UCZNIĄ

do wniosku o wydanie orzeczenia o **potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego** albo **orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania**

(na potrzeby zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Wągrowcu podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych § 6 ust. 6 pkt. 8)

### 1. Dane dziecka / ucznia

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
PESEL:	

### 2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego

Rozpoznanie:.....  
.....

Kod ICD:.....

### 3. Opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka / ucznia wynikających z choroby:

.....  
.....

### 4. Wpływ stanu zdrowia na możliwość uczęszczania do przedszkola / szkoły:

uniemożliwia uczęszczanie  znacznie utrudnia uczęszczanie

### 5. Przewidywany okres, w którym stan zdrowia uniemożliwia lub utrudnia uczęszczanie do placówki:

od dnia ..... do dnia .....  
(okres nie krótszy niż 30 dni)

Data wystawienia: .....

**Podpis i pieczęć lekarza:**  
(lekarza specjalisty, lekarza w trakcie specjalizacji  
lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

.....