



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA NR 3
01-513 Warszawa, ul. Felińskiego 15, tel. 22 600 21 30, 22 600 21 31

(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia wydane przez lekarza specjalistę, lekarza w trakcie specjalizacji lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego., dla potrzeb zespołu orzekającego w poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Zaświadczenie wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji lekarz ten wydaje w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podstawa prawna: rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. poz. 428)

Dotyczy przyznania indywidualnego nauczania dla ucznia / rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego dla dziecka:

Imię i nazwisko
dziecka/ucznia.....

PESEL.....

Data i miejsce urodzenia
.....

Miejsce zamieszkania
.....

Przewidywany okres nie krótszy niż 30 dni, jednak nie dłuższy niż do końca roku szkolnego, w którym stan zdrowia dziecka lub ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły: od..... do.....

Ze względu na stan zdrowia*: uniemożliwiający uczęszczanie do przedszkola/szkoły
znacznie utrudniający uczęszczanie do przedszkola/szkoły

CZĘŚĆ A

A) rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

.....
.....

B) wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/szkoły

.....
.....

C) Data rozpoczęcia leczenia

.....

D) Zalecane formy leczenia

.....

CZĘŚĆ B

Określenie zakresu, w jakim uczeń może brać udział w zajęciach rozwijających zainteresowania i uzdolnienia, uroczystościach i imprezach przedszkolnych lub szkolnych oraz wybranych zajęciach wychowania przedszkolnego lub w zajęciach edukacyjnych**

.....
.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

CZĘŚĆ C

(wypełnia tylko lekarz medycyny pracy)

W przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe lekarza medycyny pracy określa możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu

.....
.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza prowadzącego badanie

.....
Miejscowość, data

* - właściwe podkreślić

** - dotyczy uczniów, których stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły