

\_\_\_\_\_  
(pieczęć placówki medycznej)

\_\_\_\_\_  
(miejsowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie:  
**NEUROLOGII DZIECIĘCEJ, ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU  
LUB REHABILITACJI MEDYCZNEJ**

**o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni  
Psychologiczno – Pedagogicznej w Płońsku**

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

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: \_\_\_\_\_

Numer PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego **wskazane ze względu na:** niepełnosprawność dziecka lub ucznia (*właściwe podkreślić*):

- niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją

**Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**)

**Kod ICD:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka / ucznia

\_\_\_\_\_  
**Wskazania dla nauczycieli** – sprzyjający dziecku sposób dostosowania warunków kształcenia w przedszkolu / szkole, w tym niezbędny w procesie edukacji sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne.

\_\_\_\_\_  
(pieczęć i podpis lekarza)