
(pieczęć placówki medycznej)

(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę, lekarza w trakcie specjalizacji lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego 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:

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

Określenie czy stan zdrowia dziecka/ucznia: *(właściwe podkreślić)*

UNIEMOŻLIWIA uczęszczanie do przedszkola/szkoły

ZNACZNIE UTRUDNIA uczęszczanie do przedszkola/szkoły

Przewidywany okres, w którym stan zdrowia dziecka/ucznia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły (niekrótszy niż 30 dni, niedłuższy niż rok szkolny):

od _____ do _____

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, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola /szkoły

(pieczęć i podpis lekarza)