

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/ UCZENNICY/UCZNIĄ
KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TORUNIU

DOTYCZĄCE DZIECKA/ UCZENNICY/ UCZNIĄ UBIEGAJĄCEGO SIĘ O
INDYWIDUALNE OBOWIĄZKOWE ROCZNE PRZYGOTOWANIE PRZEDSZKOLNE /
INDYWIDUALNE NAUCZANIE

Zaświadczenie wydaje się na **potrzeby poradni psychologiczno-pedagogicznej** w celu wydania orzeczenia na podstawie art.127 ust.10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r.– Prawo oświatowe (Dz.U.z 2017 r. poz.59 i 949), oraz 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. 2026 poz. 428)

Zaświadczenie lekarskie, **musi zawierać** orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203), **określające rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym** zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), wydane przez **lekarza specjalistę** albo **lekarza w trakcie specjalizacji, tylko jeśli** lekarz ten wydaje zaświadczenie w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w **jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne** lub w ramach udzielania świadczeń **opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – o ile lekarz ten posiada w dokumentacji dziecka/ucznia dokumentację medyczną leczenia specjalistycznego**

I.DANE DZIECKA/ UCZENNICY/ UCZNIĄ

.....
(imię i nazwisko dziecka/ uczennicy/ ucznia)

.....
(data urodzenia dziecka/uczennicy/ ucznia)

II.ROZPOZNANIE

Rozpoznanie: nazwa i symbol ICD choroby lub innego problemu zdrowotnego dziecka/ uczennicy/ ucznia kwalifikującego go na **nauczanie indywidualne/ roczne indywidualne przygotowanie przedszkolne:**

- **symbol ICD** **oraz nazwa:**

Wynikające z ww. choroby lub innego problemu zdrowotnego **aktualne ograniczenia w funkcjonowaniu, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają** dziecku/ uczennicy/ uczniowi **uczęszczanie** do przedszkola/ szkoły **(dla wydania orzeczenia – niezbędne jest podanie tych informacji):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. OŚWIADCZENIE LEKARZA

Na podstawie ww. rozpoznania stwierdzam, że przewidywany okres, w którym stan zdrowia dziecka/uczennicy/ucznia znacznie utrudnia lub uniemożliwia mu/jej uczęszczanie do przedszkola/szkoły to: **(wypełnić poniżej właściwie)**

a. przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni, w którym stan zdrowia **znacznie utrudnia** dziecku/uczennicy/uczniowi uczęszczanie do przedszkola/szkoły:

od dn. do dn.

(należy wskazać **datę**)

(należy wskazać **datę**)

lub

b. przewidywany okres, nie krótszy jednak niż 30 dni, w którym stan zdrowia **uniemożliwia** dziecku/uczennicy/uczniowi uczęszczanie do przedszkola/szkoły: od dnia:..... do dn.

.....

(należy wskazać **datę**)

(należy wskazać **datę**)

data, pieczętka i podpis lekarza
specjalisty lub

data, pieczętka i podpis lekarza
w trakcie specjalizacji lub

data, pieczętka i podpis lekarza
podstawowej opieki zdrowotnej tylko na podstawie posiadanej w dokumentacji dziecka/ucznia dokumentacji leczenia specjalistycznego

UWAGA!

Jeśli zaświadczenie wydaje lekarz w trakcie specjalizacji:

Pieczętka jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne i podpis kierownika jednostki poświadczający, że świadczenie zdrowotne zostało udzielone w tej placówce.	Pieczętka jednostki udzielającej świadczeń w ramach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i podpis kierownika jednostki, poświadczający, że świadczenie zdrowotne zostało udzielone w tej placówce.