

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Zaświadczenie lekarskie

**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Radomiu**

w celu wydania (właściwe pokreślić):

**orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązku rocznego przygotowania
przedszkolnego**

orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania

Zgodnie z rozporządzeniem 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)

wypełnia **lekarz specjalista** lub lekarz w trakcie specjalizacji -w ramach udzielania dziecku/uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust. 13 rozporządzeniem 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),

lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej, leczenia specjalistycznego (rodzaj dokumentacji)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie medyczne (wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD):

.....
.....
.....

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

UNIEMOŻLIWIA uczęszczanie do przedszkola/szkoły

ZNACZNIE UTRUDNIA uczęszczanie do przedszkola/szkoły

Określenie **czasu**, w którym stan zdrowia dziecka **uniemożliwia lub znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola/szkoły (**nie krótszy niż 30 dni**):

.....

Określenie ograniczeń wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/szkoły*:

- ograniczenia w sferze poznawczej:.....

.....
.....

- ograniczenia w sferze emocjonalnej:.....

.....
.....

- ograniczenia w sferze społecznej:.....

.....
.....

-ograniczenia ruchowe:.....

.....
.....

- inne:.....

.....
.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

Zaświadczenie wydawane przez lekarza medycyny pracy określające możliwość dalszego kształcenia w zawodzie, w tym kierunki realizacji praktycznej nauki zawodu (w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe)

.....
.....
.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

*konieczne do wypełnienia z uwagi na cel wydawania zaświadczenia lekarskiego