

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
do indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego/ nauczania indywidualnego
(wypełnia lekarz)*

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku, ul. Fabryczna 1, działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 02 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2026.poz. 428)

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

.....
(data urodzenia, miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

.....
(placówka: przedszkole/szkoła, adres, oddział/klasa)

Przewidywany okres (nie krótszy niż 30 dni), w którym stan zdrowia dziecka/ucznia **uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie** (właściwe podkreślić) do przedszkola lub szkoły (§6 ust.8 pkt.1 rozporządzenia) od dnia.....do

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola/szkoły (§6 ust.8 pkt 2) rozporządzenia

Kod ICD 10 lub/i Kod ICD 11

Ograniczenia i bariery utrudniające funkcjonowanie dziecka/ucznia wynikające ze stanu zdrowia:

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka/ucznia wydane przez lekarza specjalistę, lekarza w trakcie specjalizacji lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego, przy czym lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust.8 i 13 rozporządzenia).