

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA DZIECKA / UCZNI
wydane dla potrzeb zespołu orzekającego
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wieluniu
(PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI / CZYTELNICIE)

orzeczenie pierwszorazowe

orzeczenie powtórne

(prosimy zaznaczyć właściwe)

Na podstawie art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i dentysty (Dz. U. z 2026 poz. 37 i 203) orzekam, że:

u

(imię/imiona i nazwisko dziecka)

urodzonego/ej dnia..... w

nr PESEL

(a w przypadku osoby, która nie posiada nr PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość)

1. Występuje następująca choroba lub inny problem zdrowotny, wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) – stanowiące wskazanie do indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego / indywidualnego nauczania)

.....
.....

2. Wynikające z tej choroby / problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:

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

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

4. Zastosowane leczenie (rehabilitacja, terapia, farmakoterapia lub inne), czas trwania i pobytu w szpitalu:

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

5. Ocena wyników leczenia i rokowania:

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

6. Dziecko / uczeń aktualnie wymaga indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego / indywidualnego nauczania (właściwe podkreślić):

TAK

NIE

7. Stan zdrowia dziecka / ucznia:

UNIEMOŻLWIA

ZNACZNIE UTRUDNIA

uczęszczanie do przedszkola / szkoły (właściwe podkreślić)

- **w okresie (nie krótszym niż 30 dni i nie dłuższym niż rok szkolny):**

.....
.....

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość i data)

II. Zaświadczenie lekarza medycyny pracy określające możliwość **dalszego kształcenia w zawodzie, w tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu (wypełnia się tylko w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe):**

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)