

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**Informacja o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego  
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Działdowie działającego na podstawie  
Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 02 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)**

**Dotyczy wydania:**

**orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego** (dla uczniów w wieku szkolnym)

**z uwagi na:**

niedostosowanie społeczne

zagrożenie niedostosowaniem społecznym

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

Data i miejsce urodzenia ....., PESEL: .....

Miejsce zamieszkania .....

**Stan zdrowia dziecka/ucznia** [rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)]:

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

**Trudności w codziennym funkcjonowaniu, a w szczególności ich wpływ na proces uczenia się dziecka/ucznia:**

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

**POUCZENIE:** zaświadczenie stanowi podstawę do ubiegania się o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na zagrożenie/ niedostosowanie społeczne i powinno być sporządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza )