

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### **Informacja o stanie zdrowia dziecka 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 zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dot. dzieci i młodzieży wyłącznie z niepełnosprawnością intelektualną głębokiego stopnia)**

#### **w formie:**

**indywidualnej\***

**zespołowej\***

\* właściwe zaznaczyć

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

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

Miejsce zamieszkania .....

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

KOD ICD: .....

Rozpoznanie: .....

KOD ICD: .....

Rozpoznanie: .....

KOD ICD: .....

Rozpoznanie: .....

**Opis przebiegu choroby/ problemu zdrowotnego i dotychczasowego leczenia** (czas i przebieg leczenia, ocena wyników leczenia, rokowania, możliwość poprawy):

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

**Trudności w codziennym funkcjonowaniu wynikające z choroby/problemu zdrowotnego, a w szczególności ich wpływ na proces uczenia się dziecka:**

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

**Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny – ewentualne potrzeby w tym zakresie.**

.....  
.....

**POUCZENIE:** zaświadczenie stanowi podstawę do ubiegania się o wydanie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych i powinno być sporządzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

.....  
(miejsce i data)

.....  
(podpis lekarza)