

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
( miejscowość , data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

Podstawa prawna: § 6 ust. 7 rozporządzenia MEN z dnia 2 marca 2026 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych ( tj. Dz. U 2026 poz.428 )

wypełnia się dla dzieci w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające  
**o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych\***

Imię i nazwisko ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania.....

**ROZPOZNANIE CHOROBY** lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD 10**)

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

Wskazania dotyczące organizacji i metod pracy z dzieckiem:

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

**STAN ZDROWIA DZIECKA wskazuje na potrzebę objęcia go zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi** - proszę podkreślić właściwą formę.

- ✓ indywidualnymi
- ✓ zespołowymi

**od roku szkolnego..... do roku szkolnego.....**

**proszę wskazać okres nie dłuższy niż 5 lat szkolnych: np. od roku szkolnego 2026/27 do roku szkolnego 202...../.....**

.....  
miejscowość i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

**\*zajęciami rewalidacyjno- wychowawczymi obejmuje się dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim.**