



.....
miejsowość, data

.....
pieczęć placówki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 20 w Warszawie działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026r., poz.428)

Dane identyfikacyjne dziecka										
imię										
nazwisko										
PESEL										
data urodzenia	dzień			miesiąc				rok		
miejsce urodzenia										
adres zamieszkania dziecka										
nazwa i adres przedszkola/szkoły/placówki, do której uczęszcza dziecko wraz z klasą/oddziałem										
imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych										
adres zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych										

Zaświadczenie o stanie zdrowie (§ 6 ust. 6. pkt.1 w/w Rozporządzenia)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

ICD-



Wynikające z tej choroby/niepełnosprawności lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Inne istotne dla kształcenia specjalnego zalecenia do pracy z dzieckiem/ucznem w przedszkolu/szkole/ ośrodku lub placówce.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)