

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia na potrzeby zespołu orzekającego działającego  
w PCE - Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kamiennej Górze

W celu wydania **orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania** lub **orzeczenia o  
potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego**

**PODSTAWA PRAWNA:** Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 02.03.2026 (Dz. U. z 2026 r. poz.428 ). Na podstawie art. 127 ust. 18  
ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 1043, 1160 i 1837 oraz z 2026 r. poz. 187 i 203)

---

### Dane dziecka/ucznia:

- Imię i nazwisko: .....
- Data i miejsce urodzenia: .....
- PESEL: .....
- Miejsce zamieszkania: .....

---

### 1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego

(Proszę podać pełną diagnozę wraz z kodem ICD-10, potwierdzoną przez lekarza specjalistę,  
lekarza w trakcie specjalizacji lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie  
dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.)

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

---

### 2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające z choroby lub problemu zdrowotnego

(Opis ograniczeń, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do  
przedszkola/szkoły.)

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

### 3. Informacje dodatkowe dotyczące opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień

(W przypadku objęcia dziecka/ucznia opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień – zalecenia do pracy w placówce, jeśli zostały przekazane przez lekarza udzielającego świadczenia.)

.....

.....

.....

.....

---

### 4. Przewidywany okres ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka/ucznia

(Nie krótszy niż 30 dni – okres, w którym stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły.)

.....

.....

.....

### 5. Stan zdrowia dziecka/ucznia (podkreślić właściwe)

- **uniemożliwiający**
- **znacznie utrudniający**

*(uczęszczanie do przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego lub oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej lub szkoły)*

---

Miejscowość, data: .....

Pieczętka i podpis lekarza: .....

---

### Dodatkowo – w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie zawodowe:

Do wniosku o indywidualne nauczanie należy dołączyć zaświadczenie wydane przez **lekarza medycyny pracy** dotyczące:

### 6. Określenie możliwości dalszego kształcenia w zawodzie

(W tym warunki realizacji praktycznej nauki zawodu.)

.....

.....

.....

.....

Miejscowość, data: .....

Pieczętka i podpis lekarza: .....