

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

Wypełnia lekarz specjalista – odpowiednio do problemów zdrowotnych dziecka/ucznia lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego. Zaświadczenie może też wydać lekarz w trakcie specjalizacji w ramach udzielanych dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

### **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ**

z dnia 02 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych

Działając 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),

Imię i nazwisko ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania.....

### **Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka, w którym lekarz określa:**

1. **Okres** – nie krótszy jednak niż 30 dni .....  
**lub jeden rok szkolny**.....
2. **Stan zdrowia dziecka/ucznia\***
  - a. **uniemożliwia**
  - b. **znacznie utrudnia** uczęszczanie do szkoły/przedszkola
3. Rozpoznanie choroby zgodnie z obowiązującą klasyfikacją ICD lub innego problemu zdrowotnego  
.....  
.....
4. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, powodujące, że stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły lub przedszkola  
.....  
.....  
.....  
.....
5. Farmakoterapia            oraz            stosowane            inne            formy            leczenia  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* **właściwe podkreślić**

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**B. Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka, w którym lekarz medycyny pracy określa możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu (§ 6 ust. 6 rozporządzenia)\*\***

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza medycyny pracy)

\*\*dotyczy szkół prowadzących kształcenie w zawodzie.