



.....  
pieczęć zakładu  
lub prywatnej praktyki  
lekarskiej

.....  
miejscowość, data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\***

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Publicznej Poradni  
Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Grudziądzu**

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017.1743)

### **DOTYCZY WYDANIA ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO**

**Dla dziecka/ucznia:**

.....ur.....w.....  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

**PESEL:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Zamieszkały/a** .....

(adres)

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

ICD .....

--

Pełna nazwa jednostki chorobowej:

.....  
**1. Czy dziecko wymaga środków pomocniczych, dostosowania warunków pracy i nauki-  
jakich?**  
.....  
.....

**2. Zalecenia dotyczące nauki:**  
.....  
.....

**3. Jeżeli zachodzi potrzeba, należy określić zakres realizacji wybranych zajęć wychowania  
przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych indywidualnie z dzieckiem lub uczniem lub  
w grupie liczącej do 5 dzieci lub uczniów – (w przypadku dziecka lub ucznia  
napotykającego na trudności w funkcjonowaniu wspólnie z oddziałem przedszkolnym  
lub szkolnym, wraz z uzasadnieniem):**  
.....  
.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.