

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
(dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)

Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. Dz. U. z 2026 r., poz. 428.

**Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii
na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.**

Imię i nazwisko dziecka / ucznia:

PESEL

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

1. Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej ICD:

.....
.....

• Choroba podstawowa:

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

• Choroby współistniejące:

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

2. Rokowania, możliwość poprawy:

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

3. Wniosek lekarza o zakwalifikowanie dziecka do kształcenia specjalnego z powodu:

.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)