

.....  
(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 neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii  
narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej  
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)