



Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2
91-362 Łódź, ul. Motylowa 3
www.ppp2.elodz.edu.pl kontakt@ppp2.elodz.edu.pl
tel.: 42 659 15 81/ tel. kom.: +48 729 804 602

....., dnia:.....
(pieczęć placówki medycznej) (miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA

DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ Nr 2 W ŁODZI

w związku z ubieganiem się o orzeczenie o potrzebie*: **indywidualnego przygotowania przedszkolnego/nauczania indywidualnego**

Zaświadczenie wydaje się dla poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu wydania orzeczenia na podstawie *Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2026 poz. 428)*.

Imię i nazwisko dziecka.....
PESEL.....
Data i miejsce urodzenia.....
Adres zamieszkania.....

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

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

2. Stwierdza się, że stan zdrowia dziecka*:

- a. **uniemożliwia** uczęszczanie do przedszkola/szkoły
- b. **znacznie utrudnia** uczęszczanie do przedszkola/szkoły

3. Zalecana terapia, wsparcie medyczno-rehabilitacyjne, wskazany sprzęt specjalistyczny, inne działania:

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

4. Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły

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

Okres, w którym stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola/szkoły (nie krótszy niż 30 dni)

od..... do.....

.....
(Podpis i pieczęć lekarza)

* Niepotrzebne skreślić