

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**dotyczy wniosku
o wydanie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

**wydane przez lekarza specjalistę, lekarza w trakcie specjalizacji¹, lekarza podstawowej opieki
zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

(dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Dworze Gdańskim)

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN 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 **PESEL**.....

Data urodzenia: **Miejsce urodzenia:**

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem zgodnym z ICD

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia *(od kiedy dziecko/uczeń posiada dokumentację medyczną, ocena wyników leczenia, rehabilitacji, rokowania, możliwości poprawy):*

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

Od kiedy dziecko/uczeń pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej

¹ w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Czy zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze mają być realizowane (właściwe podkreślić) :

- a) indywidualnie - w domu rodzinnym dziecka/ucznia
- b) grupowo - na terenie placówki specjalistycznej

Wpływ jednostki chorobowej na funkcjonowanie dziecka/ucznia :

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

Zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb dziecka/ucznia, wspomaganie jego rozwoju (wskazówki do pracy z dzieckiem/uczniem, zalecane metody i formy pracy, specjalistyczny sprzęt i środki dydaktyczne niezbędne w realizacji zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, specjalne warunki kształcenia – jakie?)

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

.....
podpis i pieczęć lekarza