



**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA**  
w Mrągowie

.....  
(Pieczęć placówki medycznej)

**Zaświadczenie lekarskie**  
**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego**  
**Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Mrągowie** działającego na podstawie  
Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń  
i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach  
psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z 2023r., poz. 2061)

Imiona i nazwisko ucznia.....

Data i miejsce urodzenia ucznia.....

Numer PESEL ucznia .....

Adres zamieszkania ucznia .....

Zaświadczenie dotyczy ucznia w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące: **indywidualnego nauczania ucznia**, którego stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły.

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), które stanowią przyczynę powodującą, że stan zdrowia ucznia uniemożliwia\* lub znacznie utrudnia\* uczęszczanie do szkoły:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**\*właściwe podkreślić**

2. Opis wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczeń w funkcjonowaniu ucznia, które uniemożliwiają\* lub znacznie utrudniają\* uczęszczanie do szkoły:

.....

.....

.....

.....

.....

3. **Określenie** przewidywanego czasu (**-od- do- nie krótszego niż 30 dni**), w którym stan zdrowia ucznia **uniemożliwia\* lub znacznie utrudnia\*** uczęszczanie do szkoły:

.....

.....

.....

4. Określenie zakresu, w jakim uczeń, któremu stan zdrowia uniemożliwia\*/znacznie utrudnia\* uczęszczanie do szkoły może brać udział w działaniach sprzyjających integracji ucznia ze środowiskiem szkolnym oraz ułatwiających powrót ucznia do szkoły.

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Pieczętka i podpis **lekarza specjalisty** lub **lekarza podstawowej opieki zdrowotnej**, sporządzającego zaświadczenie na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)

**\*właściwe podkreślić**