……., dnia …….….

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy przyznania **zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**

Podstawa prawna: 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. z 2026 r., poz. 428.)

W sprawie dziecka/ ucznia:

…….……
imię i nazwisko

urodzonego …….…….… w ……..……..…….……...

zamieszkałego w ……..……...
adres

Na jaki okres (maksymalnie 5 lat) ……...

Forma zajęć (właściwe podkreślić)**:** **indywidualne / grupowe**

Diagnoza, występująca niepełnosprawność. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).

...……...……

……..……

…….……..……..……

Określenie specyficznych warunków realizacji potrzeb edukacyjnych, w tym specjalistycznego sprzętu. Wskazanie istotnych dla przebiegu kształcenia trudności dziecka/ucznia w codziennym funkcjonowaniu.

...……...……

...……...……

……..……

……..

pieczęć placówki medycznej

…….
(pieczęć i podpis lekarza)