

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA NR 1

81-597 Gdynia, ul. Leopolda Staffa 10, tel. (058) 622-09-42/fax 781-01-83

e-mail: sekretariat@ppp1.edu.gdynia.pl strona: www.ppp1.edu.gdynia.pl

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(w celu przedłożenia Zespołowi Orzekającemu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Gdyni)

proszę zaznaczyć właściwe

Podstawa prawna: **Par.6.7** Rozporządzenia 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)*

- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
- Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych
- Opinia o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju

.....
(imię (imiona) i nazwisko dziecka/ ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka/ ucznia)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania dziecka/ ucznia)

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

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

2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z w/w choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia.

.....
.....

3. Choroby współistniejące.

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

4. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, wyniki badań, data rozpoczęcia leczenia.

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*** Par.6.7 Rozporządzenia 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**

Jeżeli do wydania opinii, orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na niedostosowanie społeczne albo zagrożenie niedostosowaniem społecznym lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych jest niezbędna informacja o stanie zdrowia dziecka lub ucznia, wnioskodawca dołącza do wniosku **wydane przez lekarza** zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia.