

.....
pieczęć placówki

Data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W PRZYPADKU NIEDOSTOSOWANIA SPOŁECZNEGO/ZAGROŻENIA NIEDOSTOSOWANIEM SPOŁECZNYM

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Poradni
Psychologiczno-Pedagogicznej w Brodnicy w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia
specjalnego

PSYCHIATRA DZIECI I MŁODZIEŻY, PSYCHIATRA

WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ, LEKARZA W TRAKCIE SPECJALIZACJI (*lekarz ten
wydaje w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie
specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*)
- Rozporządzenie MEN z dnia 2 marca 2026 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania:

Stwierdzam, że pacjent, jest osobą niepełnosprawną i wymaga objęcia (właściwe zaznaczyć):

☐ kształceniem specjalnym (*dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych*)

Rodzaj niepełnosprawności stwierdzony u pacjenta (właściwe zaznaczyć):

☐ zagrożenie niedostosowaniem społecznym ☐ niedostosowanie społeczne

1. Choroba główna i współwystępujące

ICD
.....
.....

2. Od kiedy jest leczone, opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, jakie są rokowania:

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

3. Leczenie farmakologiczne (przyjmowane leki):

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

4. Funkcjonowanie społeczne (np. agresja słowna lub fizyczna, alkohol, kradzieże itp.):

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

5. Wskazania i przeciwwskazania medyczne dotyczące pracy z pacjentem w ramach kształcenia specjalnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Zalecenia do pracy z pacjentem w szkole/ośrodku/placówce:

.....

.....

.....

.....

7. Wynikające ze wskazanej niepełnosprawności lub innego problemu zdrowotnego aktualne ograniczenia w funkcjonowaniu pacjenta:

.....

.....

.....

.....

8. Kopia dokumentacji medycznej z leczenia niepełnosprawności lub innego problemu zdrowotnego, o którym mowa w pkt 1, zawierającą informację o czasie i przebiegu leczenia (spis załączników)

.....

.....

.....

.....
(Miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Klauzula informacyjna
(dla wystawiającego zaświadczenie)

1. Administratorem Państwa danych jest *Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna reprezentowana przez Dyrektora* z siedzibą w Brodnicy przy ul. Kochanowskiego 2, 87-300, tel.: 56 494 45 91, adres e-mail: sekretariat@pppbrodnica.pl.
2. Państwa dane będą przetwarzane w celu zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e RODO) Państwa dane są niezbędne do zaplanowania pomocy dla ucznia/dziecka w oparciu o rzetelną diagnozę medyczną, oraz wypełnienie obowiązku prawnego (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) – wynikającego z przepisów ustawy – Prawo oświatowe oraz przepisów wykonawczych (rozporządzenia z dn. 2 marca 2026 r.), które wymagają udokumentowania podstawy medycznej wydanej decyzji orzeczniczej.
3. Podanie danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym w celu realizacji pomocy pedagogiczno-psychologicznej, niepodanie danych może skutkować odmową udzielanej pomocy.
4. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania.
5. Mają Państwo prawo złożenia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Państwa dane oraz dane dziecka w zakresie zawartym w orzeczeniu/opinii są przekazywane wskazanym odbiorcą:
 - Kurator Oświaty: wyłącznie w ramach nadzoru pedagogicznego lub w procedurze odwoławczej od orzeczenia (jako organ wyższego stopnia).
 - Dyrektor placówki oświatowej: w celu realizacji zaleceń medycznych zawartych w dokumentacji końcowej.
 - Rodzice/opiekunowie prawni: jako strony postępowania.
7. Został wyznaczony Inspektor ochrony danych, z którym można kontaktować się poprzez adres e-mail: iodppp@pcobrodnica.pl
8. Państwa dane od momentu pozyskania będą przechowywane przez okres wynikający z regulacji prawnych-kategorii archiwalnej dokumentacji, określonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla naszej Jednostki.
9. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)