

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

do wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2017, poz.1591)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD:

.....

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w zajęciach wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

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

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego **ograniczenia** w zakresie udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego/szkolnych:

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

Zalecany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy niż rok szkolny:

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)