

## **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**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD: .....

.....

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia:

.....

.....

.....

.....

Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych w ramach zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej:

1. wspólnie z oddziałem przedszkolnym/klasowym w szkole

.....

.....

.....

2. indywidualnie z uczniem

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

*Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2019 poz. 323).*