

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie
Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego na podstawie rozporządzenia 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. z 2017 poz. 1591)

Dotyczy wydania opinii o zindywidualizowanej ścieżce kształcenia

dla dziecka

.....
imię i nazwisko dziecka

ur. w nr PESEL

data urodzenia

miejsce urodzenia

zamieszkałego w

adres dziecka

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:

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

Określenie wpływu przebiegu choroby (lub innej przyczyny) na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:

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

Ograniczenia - dziecko/uczeń nie może brać udziału wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym w następujących zajęciach edukacyjnych (proszę wymienić):

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

Sugerowany **okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką**
(nie dłuższy niż rok szkolny):

.....
.....

.....

Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

....., dnia