

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dla potrzeb poradni psychologiczno-pedagogicznej na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 roku, w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach - Dz.U. 2017 r. poz. 1591

dotyczy wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na stan zdrowia

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby (*dziecko/uczeń wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na stan zdrowia*).....
.....
.....

na okres*.....

2. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia:

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

3. Ograniczenia (*dziecko/uczeń **nie może** brać udziału wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym w następujących zajęciach edukacyjnych*)

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*- nie dłuższy niż rok szkolny