

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb wydania opinii o potrzebie zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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 2017r., poz.1591)

Imię i nazwisko UR.

PESEL

Miejsce zamieszkania

- 1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), które uniemożliwiają lub znacznie utrudniają uczęszczanie do przedszkola lub szkoły:**

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

- 2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub w szkole**

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

- 3. Możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym**

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)