

.....  
(pieczęć placówki)

.....  
(miejsowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dla potrzeb poradni psychologiczno-pedagogicznej na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 roku, w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach - Dz. U. 2017r., poz.1591 oraz Dz. U. 2017 r., poz. 1643).

### **Dotyczy wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na stan zdrowia\***

.....  
Imię i nazwisko dziecka (ucznia)

.....  
Data i miejsce urodzenia

.....  
PESEL

.....  
Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)

1. Uczeń /dziecko wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na (rozpoznanie choroby): .....

.....

.....

na czas (nie dłuższy niż 1 rok szkolny) .....

2. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie ucznia/dziecka: .....

.....

.....

.....

.....

3. Uczeń/dziecko **nie może** brać udziału wspólnie z oddziałem szkolnym/przedszkolnym w następujących zajęciach edukacyjnych (proszę wymienić): .....

.....

.....

.....

.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* Zindywidualizowana ścieżka kształcenia organizowana jest dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.