

.....
pieczęć placówki

.....
 miejscowość, 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. 2017r 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) :

pieczętka 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.