

..... dnia.....

Pieczętka placówki

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)

.....
Miejsce zamieszkania

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

.....
na czas*.....

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):

*- nie dłuższy niż rok szkolny

pieczętka i podpis lekarza