

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla celów rozpatrzenia wniosku
o wydanie **opinii o objęciu dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2017, poz. 1591).

*Zgodnie z w.w. rozporządzeniem **zindywidualizowana ścieżka kształcenia jest organizowana dla dzieci/uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola/szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.***

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:

Symbol ICD 10

--	--	--	--

.....
.....
.....
Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:
.....
.....
.....
.....

Zakres, w jakim dziecko/uczeń powinno brać udział w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych w formie indywidualnej:
.....
.....
.....
.....

Sugerowany **okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką**, nie dłuższy jednak niż rok szkolny

.....
(podpis i pieczęć lekarza)