

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O STANIE ZDROWIA DZIECKA NA POTRZEBY PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ
W KĘTACH W ZWIĄZKU Z WNIOSEM RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA O WYDANIE
OPINII W SPRAWIE ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻKI KSZTAŁCENIA ZE
WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA

Podstawa prawna:

- *Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017r., w sprawie zasad organizacji i udzielana pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2017r., poz. 1591 oraz Dz. U. 2017r., poz. 1643)*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia miejsce urodzenia

Nr PESEL

Miejsce zamieszkania

**1. Dziecko/uczeń wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na
(rozpoznanie choroby):**

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

Na czas¹

2. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia:

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

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

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

¹ Nie dłuższy niż rok szkolny.