

.....
(Pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

-dotyczy wydania opinii o potrzebie objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego / o potrzebie objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia *

na podstawie § 12 ust. 4, pkt.2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017 r., poz. 1591),

.....
Imię i nazwisko, data urodzenia

.....
Pesel

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

.....Miejsce zamieszkania

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego

.....

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu/szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem

.....

.....

.....

Zakres, w jakim uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego/ zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/ oddziałem szkolnym (przedmioty, które uczeń powinien realizować w formie indywidualnej)

.....

.....

.....

.....

.....dnia.....

*podkreśl właściwe

Pieczęć i podpis lekarza