

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