

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(Wypełnia się tylko w przypadku ucznia obejmowanego zindywidualizowaną ścieżką ze względu na stan zdrowia)

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 09.08.2017 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 dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia.....

PESEL dziecka/ucznia

Miejsce zamieszkania dziecka/ucznia

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego:

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

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

3. Dziecko/uczeń nie może brać udziału wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym w następujących zajęciach edukacyjnych:

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

4. Czas objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką (nie dłuższy niż rok szkolny):

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)