

.....
Pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Dotyczy wydania opinii o pomocy psychologiczno- pedagogicznej w formie objęcia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

1. Stan zdrowia wskazujący na konieczność objęcia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia, rozpoznanie choroby

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

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole

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

3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza