

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O stanie zdrowia dziecka/ucznia dla celów rozpatrzenia wniosku o wydanie opinii o objęciu ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia (wypełnia lekarz)

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. (Dz. U. 2020, poz. 1280) w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem **zindywidualizowana ścieżka jest organizowana dla** dzieci/uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola/szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym.

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

1. Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:

.....
.....

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:

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

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

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

Sugerowany **okres objęcia** dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny

..... dnia

.....
(pieczęć i podpis lekarza)