

.....
miejsowość i data

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia w celu wydania opinii w sprawie objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia *

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach (Dz. U. 2023 r., poz. 1798), rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. 2023 poz. 2499)

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka)

1) Rozpoznanie wg klasyfikacji ICD:

.....
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) Zakres, w jakim uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

.....
4) Uczeń (dziecko) wymaga zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

do
(wpisać dokładną datę)

.....
pieczęć przychodni lekarskiej

.....
pieczętka i podpis lekarza

*Zindywidualizowana ścieżka kształcenia organizowana jest dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.