

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia**

ubiegającego się o objęcie zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2020 r. poz. 1280) § 12

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

Rozpoznanie choroby/problemu zdrowotnego (oznaczenie alfanumeryczne wg ICD)
powodujące, że dziecko/uczeń nie może realizować wszystkich zajęć wychowania
przedszkolnego/zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

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

**Wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie przedszkolne/szkolne dziecka/ucznia – opis
ograniczeń wynikających z rozpoznania:**

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis lekarza)