.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia
do wniosku o wydanie opinii w sprawie objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zindywidualizowaną ścieżką kształcenia ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające ze stanu zdrowia utrudniającego realizację wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym

Podstawa prawna:§ 12. ust. 1. rozporządzenia 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. 2023 r.,poz. 1798)

Zaświadczam, że:

Imię i nazwisko dziecka/ucznia ……...…….……..…….

Data urodzenia …..…… Miejsce urodzenia ……

PESEL: ……

Miejsce zamieszkania …….……..……..…….……..…….

Nazwa przedszkola/szkoły…… klasa ……..

ze względu na stan zdrowia powinien zostać objęty **zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego** w przedszkolu/**zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**[1] w szkole
w okresie od …… do ……. (okres nie dłuższy niż rok szkolny).

1. **Rozpoznanie choroby** wskazującej na potrzebę objęcia dziecka/ucznia **zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**
……
……
……
……
……

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole (np. znacznie wolniejsze tempo pracy, zwiększenie podatności na znużenie i zmęczenie, zaburzenia procesów psychicznych, w tym uwagi lub pamięci, znaczne trudności w relacjach z rówieśnikami oraz w adaptacji do nowych sytuacji, inne)
……..
……..
……..
……..
…….
…….

[1] Właściwe podkreślić.

3. Ograniczenia wynikające z choroby w zakresie możliwości udziału dziecka /ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym

……

……

……

……

……

……

..... ……..……

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis lekarza)