pieczątka placówki medycznej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej na podstawie §12 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 roku, w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno –pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach – Dz.U.2017r. poz. 1591 oraz Dz.U.2017r. poz.1643)

**Dotyczy wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia   
ze względu na stan zdrowia dla:**

Imię i nazwisko dziecka (ucznia)………………………………………………………….………

Data i miejsce urodzenia……………………………………………………………..…………

PESEL…………………………………………………………………………………………...………

Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)………………….……………………………

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

Szkoła, klasa……………………………….……………………………………………………………

1. Uczeń/dziecko wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na   
   (**rozpoznanie choroby**):

………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………...……………………………

na czas\*

……………………………………………………………………………………………...……

1. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie ucznia/dziecka w szkole/ przedszkolu:

…………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………...……

1. Uczeń/dziecko ze względu na ograniczenia **nie może** uczestniczyć wspólnie z oddziałem szkolnym/przedszkolnym w następujących zajęciach edukacyjnych (proszę wymienić):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

( \* – nie dłuższy niż rok szkolny) pieczątka i podpis lekarza