

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI
w celu wydania opinii w sprawie objęcia dziecka/ucznia
zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
lub zindywidualizowaną ścieżką kształcenia – dla potrzeb PP-P w Suwałkach

(wypełnia lekarz)
[PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA]

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. 2017, poz. 1591)

Według wyżej wymienionego rozporządzenia **zindywidualizowana ścieżka kształcenia jest organizowana dla dzieci/uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola/szkoły, ale z uwagi na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole (zgodnie z klasyfikacją ICD):

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

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

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

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

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

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

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)