



POWIATOWA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W ŚLESINIE

.....
pieczęć placówki medycznej

.....
miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DLA WYDANIA OPINII O ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻCE REALIZACJI
OBOWIĄZKOWEGO ROCZNEGO PRZYGOTOWANIA PRZEDSZKOLNEGO
ORAZ ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻKI KSZTAŁCENIA**

Podstawa prawna: § 12 ust. 4 pkt 2 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.

Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

PESEL.....Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:

..... ☐ ☐ ☐ ☐
.....

2. Dziecko/uczeń* wymaga objęcia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowaną ścieżką kształcenia ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia w okresie **nie dłuższym niż jeden rok szkolny (§ 12 ust. 6 pkt 2), tj.:**

zalecany okres: oddo.....

3. Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia uczęszczającego do przedszkola lub szkoły (opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia jest konieczną częścią zaświadczenia):

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

4. Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w ramach zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej:

1) wspólnie z oddziałem szkolnym:

.....
.....

2) indywidualnie z uczniem:

.....
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza