



.....
pieczętka placówki

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dla potrzeb poradni psychologiczno-pedagogicznej na podstawie 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. 2020 r. poz. 1280 z późn. zm.)

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

Imię i nazwisko dziecka (ucznia):

Data urodzenia: PESEL:

Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)

Adres zamieszkania:

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

.....
.....

na czas*

2. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie ucznia/dziecka:

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

3. Uczeń/dziecko **nie może** brać udziału wspólnie z oddziałem szkolnym/przedszkolnym w następujących zajęciach edukacyjnych (proszę wymienić):

.....

.....

.....

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

* nie dłuższy niż rok szkolny