

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O stanie zdrowia dziecka/ucznia dla celów rozpatrzenia wniosku o wydanie opinii o objęciu dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2017, poz. 1591).

Zgodnie z w. w. rozporządzeniem zindywidualizowana ścieżka kształcenia jest organizowana dla dzieci/uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola/szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające min. 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.

(wypełnia lekarz)

.....
Imię i nazwisko dziecka/ucznia

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:

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

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

.....
(podpis i pieczęć lekarza)