

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
o stanie zdrowia dziecka/ucznia, którego stan zdrowia wskazuje na konieczność wdrożenia
zindywidualizowanej ścieżki realizacji rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego lub
zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Na podstawie § 12 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 (DZ. U. 2017.1591)

Dane dziecka:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Zaświadczenie o stanie zdrowia: | |
|--|---|
| I. | Diagnoza - choroba główna oraz choroby współwystępujące: |
| II. | Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia: |
| III. | Ocena wyniku leczenia i rokowania: |
| IV. | Wpływ zażywanych leków / innych działań medycznych na funkcjonowanie w szkole: |
| V. | Określenie czasu, który zdaniem lekarza, jest ważny dla dziecka/ucznia w celu objęcia go pomocą psychologiczno-pedagogiczną w formie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia, <u>nie dłuższy niż rok szkolny:</u> |
| VI. | Wskazanie ograniczeń w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach edukacyjnych, wynikających ze stanu zdrowia, <u>wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym.</u> |

.....
miejsceowość, data

.....
pieczęćka i podpis lekarza