

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy wniosku o wydanie opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki
kształcenia

Podstawa prawna: rozporządzenie MEN 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 z późn, nn)

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzeniamiejsce urodzenia.....

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej?).....

od

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowanie):

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

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu/szkole:

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

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego/zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

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

.....
podpis i pieczęć lekarza