

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia w celu wydania opinii w sprawie objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką
kształcenia*

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 28 sierpnia 2017r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2023r. poz. 1798) rozporządzenie MEN z dnia 25 sierpnia 2017r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1646)

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia)

1. Rozpoznanie wg klasyfikacji ICD

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub w szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

3. Zakres, w jakim uczeń nie może brać udział w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym

4. Uczeń (dziecko) wymaga zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

do(wpisać dokładną datę)

.....
(pieczęć przychodni lekarskiej, pieczętka i podpis lekarza)

***Zindywidualizowana ścieżka kształcenia** organizowana jest dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.