

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji 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)

Dotyczy wydania opinii o pomocy psychologiczno-pedagogicznej w sprawie objęcia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego / zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

1. Imię i Nazwisko:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Adres zamieszkania:
4. Stan zdrowia wskazujący na konieczność objęcia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego / zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

5. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole

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

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

- a) w osobnym pomieszczeniu w przedszkolu -

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

- b) w osobnym pomieszczeniu w szkole -

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)