

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla celów rozpatrzenia wniosku
o wydanie **opinii o objęciu dziecka /ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**
(wypełnia lekarz)

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 wynikające 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.**

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, ze 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.....

.....
/Miejscowość i data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/