

.....
(pieczęć placówki)

Data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy wniosku o wydanie opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 09 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. poz.1591)

.....
Imię i nazwisko ucznia

.....
data i miejsce urodzenia

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakie).....
..... od

1. Rozpoznanie (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowanie)

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

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu/szkole

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

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

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

.....
podpis i pieczęć lekarza