

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość i data)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E

o stanie zdrowia w celu wydania opinii w sprawie objęcia:

- **dziecka zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego**
- **ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia¹⁾**

podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 09 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2017r., poz. 1591), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30.04.2013r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2013r. Poz. 532) z późn. zm (Dz. U. z 2017, poz. 1643) Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. poz. 199) z późn. zm. (Dz. U. z 2017, poz. 1647)

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

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia)

1. Rozpoznanie choroby wg aktualnej klasyfikacji ICD:

.....
.....

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

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

¹ Zindywidualizowana ścieżka kształcenia organizowana jest dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

3. **Uczeń/dziecko nie może brać udziału wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym w następujących zajęciach, w tym edukacyjnych (proszę wymienić):**

.....

.....

.....

.....

.....

4. **Uczeń/dziecko wymaga zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowanej ścieżki kształcenia – podkreślić właściwe do** (nie dłużej jednak niż rok szkolny).

.....
pieczętka i podpis lekarza