

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

w związku z ubieganiem się o wydanie opinii o potrzebie zindywidualizowania ścieżki kształcenia/zindywidualizowania ścieżki obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

Rozp. MEN z dn.9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach – Dz.U. z 2017r., poz.1591.

Rozp. MEN z dn.30 kwietnia 2013r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach – Dz.U. z 2013r., poz.532ze zm. – dotyczy uczniów gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych

Imię i nazwisko:.....ur.....

Miejsce zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby utrudniającej funkcjonowanie ucznia/dziecka w szkole/przedszkolu:

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

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

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

3. Określenie ograniczeń w zakresie możliwości udziału ucznia/dziecka w zajęciach edukacyjnych/zajęciach wychowania przedszkolnego wspólnie z oddziałem szkolnym/przedszkolnym:

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

4. Okres, w jakim uczeń/dziecko wymaga zindywidualizowania ścieżki kształcenia/zindywidualizowania ścieżki obowiązkowego przygotowania przedszkolnego – nie dłuższy niż rok szkolny:

.....
.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęćka i podpis lekarza