

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

### **o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla celów rozpatrzenia wniosku o wydanie opinii o objęciu dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia.**

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2023 r. poz. 1798).

**Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia** .....

**Data urodzenia** ..... **Miejsce urodzenia** .....

**Miejsce zamieszkania** .....

**1. Rozpoznanie choroby (zgodnie z klasyfikacją ICD) lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:**

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

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

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

**3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:**

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

**4. Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych w ramach zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej realizowany:**

a) wspólnie z oddziałem przedszkolnym/klasowym w szkole:

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

b) indywidualnie z uczniem:

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

Sugerowany okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny: .....

.....  
miejscowość, data

.....  
pieczęć i podpis lekarza