

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Podstawa prawna: §12 ust 4 pkt 2 Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (t.j. Dz.U. 2020 poz 1280 z późn zm)

Imię i Nazwisko

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD oraz przebieg dotychczasowego leczenia:

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

Wpływ przebiegu choroby i podjętego leczenia na funkcjonowanie ucznia w szkole:

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

Wynikające ze stanu zdrowia ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym:

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

Rekomendowany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia, nie dłuższy jednak niż rok szkolny:

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)