

.....
(pieczęć placówki)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej we Wrześni
w celu wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego
rocznego przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowanej ścieżki 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.2017r. poz. 1591

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie choroby (zgodnie z klasyfikacją ICD), opis stanu zdrowia dziecka/ucznia, który utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:

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

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

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

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

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

Zalecany okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką:

.....

.....
(podpis i pieczęć lekarza)