

..... dnia

.....
Pieczętka placówki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dla potrzeb poradni psychologiczno – pedagogicznej na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 roku, w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach – Dz.U.2017r. poz. 1 591 oraz Dz.U.2017r.poz. 1643)

Dotyczy wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na stan zdrowia

.....
Imię i nazwisko ucznia

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
PESEL

.....
Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)

.....
Miejsce zamieszkania

1. Uczeń wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na (rozpoznanie choroby):

.....
.....
.....
na czas*

2. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie ucznia:

3. Uczeń nie może brać udziału wspólnie z oddziałem szkolnym w następujących zajęciach edukacyjnych (proszę wymienić):

.....
.....
.....
*nie dłuższy niż rok szkolny

.....
pieczętka i podpis lekarza