....………………………

(miejscowość i data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia w celu wydania opinii w sprawie objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia\***

podstawa prawna: Rozporządzenia MEN z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach rozporządzenie MEN z dnia 09 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach Dz. U. z 2017 r., poz. 1591, rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. poz. 199)

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

(imię i nazwisko dziecka)

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

(data i miejsce urodzenia dziecka)

1) Rozpoznanie wg klasyfikacji ICD:

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

…………………………...............................................................................................................

2)Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole

oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

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

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

3)Zakres, w jakim uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub

zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

4)Uczeń (dziecko) wymaga z indywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego

przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

do\*\*.........................................................................................................(wpisać dokładną datę)

……………………………. …………………………….

pieczęć przychodni lekarskiej pieczątka i podpis lekarza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Zindywidualizowana ścieżka kształcenia organizowana jest dla uczniów, którzy mogą uczęszczać

Do szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu

wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem

szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

\*\* Okres nie dłuższy niż rok szkolny