……………………………… …………………………………

pieczątka placówki służby zdrowia data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dotyczy wniosku o wydanie opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Podstawa prawna: rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno—pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach ( Dz. U. 2017, poz. 1591 z późn, nn)

# Imię i nazwisko dziecka ………………………………………………………………………...

# Data urodzenia ………………………………miejsce urodzenia………………………………

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej?)………………………………………..

od ………………………………………………...

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowanie):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu/szkole:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego/zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………..

podpis i pieczątka lekarza