

.....
Data.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy wniosku o wydanie opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 roku w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

Imię i nazwisko.....ur.

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 pieczęć lekarza