…… ……
pieczęć placówki zdrowia *miejscowość, data*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA

Dotyczy wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia oraz zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego ze względu na stan zdrowia

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 (D. U. z 25 sierpnia 2017 r., poz. 1591 ze zm.)

Zgodnie z ww rozporządzeniem zindywidualizowana ścieżka kształcenia jest organizowana dla dzieci/uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola/szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

Imię (imiona) i nazwisko dziecka / ucznia _____

Data i miejsce urodzenia dziecka / ucznia _____

PESEL dziecka / ucznia (w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość) _____

1. **Uczeń/dziecko wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na (rozpoznanie choroby lub określenie innego problemu zdrowotnego, który uniemożliwia realizację zajęć wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym):**

   .....

   .....

   .....

   na czas (*nie dłuższy niż rok szkolny*):

   .....

2. **Wpływ przebiegu choroby lub innego problemu zdrowotnego na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu/szkole** (objawy choroby, leki, inne czynniki, mające wpływ na funkcjonowanie dziecka np. senność, zaburzenia koncentracji uwagi, chwiejność nastrojów, agresja, podatność na infekcje, inne.):

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

3. **Zakres, w jakim uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

……..……

podpis i pieczątka lekarza