

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego dla potrzeb zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

(wypełnia lekarz)

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie zasad orzeczeń o opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743).

Zgodnie z w/w rozporządzeniem **zindywidualizowana ścieżka kształcenia jest organizowana dla dzieci/uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola/szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające 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 i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:

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

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:

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

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

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

Sugerowany **okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką**, nie dłuższy jednak niż rok szkolny.....

.....
(podpis i pieczęć lekarza)