

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla celów rozpatrzenia wniosku
o wydanie **opinii o objęciu dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**
(wypełnia lekarz)

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej 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).

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 (wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD) **lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:**

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

.....
.....
.....
Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w ramach zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej:

1) wspólnie z oddziałem szkolnym

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

2) indywidualnie z uczniem

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

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

.....
(podpis i pieczęć lekarza)