

.....
pieczęć placówki medycznej

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia w celu wydania opinii w sprawie objęcia:

- **dziecka zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego**
- **ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia^{1*}**

podstawa prawna:

- *Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2023r. poz. 900).*
- *Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2023r. poz. 1789).*

..... PESEL

(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia)

1. Rozpoznanie choroby wg aktualnej klasyfikacji ICD:

.....
.....

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

3. Uczeń/dziecko nie może brać udziału wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym w następujących zajęciach, w tym edukacyjnych (proszę wymienić):

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

^{1*}Zindywidualizowana ścieżka kształcenia organizowana jest dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

4. **Uczeń/dziecko wymaga zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowanej ścieżki kształcenia** – podkreślić właściwe
5. **do** (nie dłużej jednak niż rok szkolny).

.....
pieczętka i podpis lekarza