

.....  
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.....

PESEL.....

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