

.....
Pieczęć placówki medycznej

.....dn.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Policach

działającej na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 roku, w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U 2017r. poz.1591 oraz Dz.U 2017r. poz.1643)

Dotyczy wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na stan zdrowia*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....Pesel.....

Imiona i nazwiska rodziców.....

Miejsce zamieszkania.....

1. Dziecko/uczeń wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na (rozpoznanie choroby):

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

na czas (nie dłuższy niż 1 rok szkolny).....

2. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia:

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

3. Dziecko/uczeń nie może brać udziału wspólnie z oddziałem szkolnym/przedszkolnym w następujących zajęciach edukacyjnych (proszę wymienić):

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

.....
pieczęćka i podpis lekarza

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