…… ……
(pieczęć placówki medycznej) (miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące objęcia ucznia/ uczennicy zindywidualizowaną ścieżką kształcenia ze względu na stan zdrowia

Podstawa prawna: § 12 ust. 4 pkt. 2 oraz § 3 rozporządzenia 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. z 2017, poz. 1591).

…….....
Imię i nazwisko dziecka/ ucznia

…….…….
Data i miejsce urodzenia

1. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole
…….
……..…….
…….
…….
……..……..
…….
…….
…….
…….
…….
2. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym
…….
……..…….
…….
…….
……..……..
…….
…….
…….
…….
…….