…… ……..……
(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 2023, poz. 1798).

…….....
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
……
……...…….
…….
……
……...……..
…….
…….
…….
…….
…….