

....., dnia.....
(pieczętka placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA UCZNI

Dotyczy 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

Rozporządzenie MEN 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 r. poz. 1591 § 12/

Dotyczy wydania:

- Opinii o zindywidualizowanej ścieżce kształcenia ucznia
- Opinii o zindywidualizowanej ścieżce realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA/UCZNI
PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA/UCZNI

.....

1. Rozpoznanie choroby:

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

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole:

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

3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

4. Propozycja okresu na jaki należy objąć ucznia zindywidualizowaną ścieżką /nie dłuższy niż rok szkolny/:

.....

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza specjalisty/