Pieczątka placówki medycznej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

(dla potrzeb Powiatowej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej 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 (prawnych opiekunów)

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

Miejsce zamieszkania

1.Uczeń/dziecko wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na (rozpoznanie choroby):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

na czas\*

…………………………………………………………………………………………………

2. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie ucznia/dziecka:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

( \* – nie dłuższy niż rok szkolny) pieczątka i podpis lekarza