

.....  
pieczęć placówki medycznej

.....  
Miejscowość, data

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

#### **Lekarza Specjalisty lub lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej**

Na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego w związku z ubieganiem się o wydanie zindywidualizowanej ścieżki dla 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.

#### **O STANIE ZDROWIA UCZNIĄ DLA POTRZEB PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W ZABIERZOWIE**

*Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach (Dz. U. 2017, poz. 1591 z późniejszymi zmianami).*

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

.....  
(PESEL)

.....  
(Data urodzenia)

.....  
(adres zamieszkania ucznia)

.....  
(nazwa szkoły, klasa)

#### **1. Choroba podstawowa oraz choroby współwystępujące (§ 6 ust. 5 pkt 2).**

#### **2. Oznaczenie numeryczne, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).**

#### **3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole (§ 12 ust. 4 pkt 2).**

.....  
.....

**4. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym (§ 12 ust. 4 pkt 2).**

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

.....  
*podpis i pieczęć lekarza*