

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej

wydawane w związku z potrzebą zindywidualizowanej ścieżki kształcenia na podstawie

Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach (Dz. U. 2017 r., poz.1591 z późniejszymi zmianami)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Miejsce zamieszkania

Może uczęszczać do przedszkola/szkoły. Ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające ze stanu zdrowia nie może realizować wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym i wymaga dostosowania organizacji i procesu nauczania do swoich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego

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

2. Oznaczenie alfanumeryczne choroby, zgodnie z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD:

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

3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole

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

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

4. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach edukacyjnych
wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

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

Miejscowość, data

pieczętka i podpis lekarza