

Pieczęć zakładu

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA,
W CELU WYDANIA OPINII O POTRZEBIE
ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻKI KSZTAŁCENIA
DLA POTRZEB PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W SIEDLCACH**

I. Dane osobowe dziecka

Imię Nazwisko ur.
PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Przedszkole/Szkoła..... klasa.....

II. Diagnoza medyczna:

- rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD);

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

- należy opisać wpływ przebiegu rozpoznanej choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole oraz wskazać wynikające z niej konkretne ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wspólnie z klasą.

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

III. Uwagi lekarza (np. proponowany czas objęcia dziecka/ ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia)

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

Miejscowość, data oraz pieczęć i podpis lekarza

UWAGA!

ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻKI NIE ORGANIZUJE SIĘ DLA:

- UCZNIÓW OBJĘTYCH KSZTAŁCENIEM SPECJALNYM ZGODNIE Z PRZEPISAMI WYDANYMI NA PODSTAWIE ART. 127 UST. 19 PKT 2 USTAWY;
- UCZNIÓW OBJĘTYCH INDYWIDUALNYM OBOWIĄZKOWYM ROCZNYM PRZYGOTOWANIEM PRZEDSZKOLNYM ALBO INDYWIDUALNYM NAUCZANIEM ZGODNIE Z PRZEPISAMI WYDANYMI NA PODSTAWIE ART. 127 UST. 20 USTAWY;