

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb poradni psychologiczno- pedagogicznej celem rozpatrzenia wniosku o wydanie opinii w sprawie objęcia ucznia pomocą psychologiczno –pedagogiczną w szkole **w formie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia.**

- Podstawa prawna: §12ust. 4 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej 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). – dotyczy uczniów szkół podstawowych

- Podstawa prawna: §13ust. 4 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno- pedagogicznej w publicznych przedszkolach szkołach i placówkach (Dz. U. z 2013 r. poz. 532 z późn. zm. Dz. U. z 2017 r. poz. 1643). – dotyczy uczniów gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych

Imię i nazwisko dziecka lub ucznia

Data i miejsce urodzenia.....

Numer PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1.Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego

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

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole

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

3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym

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

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)