

.....
pieczęć placówki

Data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy wniosku o wydanie opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (D. U. z 2017 r., poz. 1591)

Imię i nazwisko ur.

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej)
od

Rozpoznanie (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowanie)
.....
.....
.....
.....
.....

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

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego/zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym
.....
.....
.....
.....

.....
podpis i pieczęć lekarza