

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydawane w celu rozpatrzenia wniosku w sprawie objęcia dziecka/ucznia
zindywidualizowaną ścieżką kształcenia.

Na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy
psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

Data i miejsce urodzenia:Pesel:.....

Miejsce zamieszkania:

1.Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego, wraz z oznaczeniem,
alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną
Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

.....
.....

2.Wpływ przebiegu choroby lub innego problemu zdrowotnego na funkcjonowanie
dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości jego udziału w
zajęciach rocznego przygotowania przedszkolnego /edukacyjnych wspólnie z oddziałem
przedszkolnym/szkolnym ¹⁾.

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

(miejscowość, data)

(pieczęć i podpis lekarza)

1)właściwe podkreślić