

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wydania opinii w sprawie pomocy psychologiczno-pedagogicznej w formie
zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Imię i nazwisko dziecka lub ucznia

PESEL

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD

.....
.....

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia

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

Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w ramach zindywidualizowanej ścieżki kształcenia:

1) wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

2) indywidualnie z uczniem:

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

Zalecany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

