

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIĄ

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 4 w Lublinie
w celu wydania opinii o zindywidualizowanej ścieżce realizacji obowiązkowego rocznego
przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowanej ścieżce kształcenia**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

PESEL

Data i miejsce urodzenia

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. Przewidywany okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką edukacyjną (**nie dłuższy niż 1 rok szkolny**) tj.:

od dnia do dnia

3. **Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia** w przedszkolu/szkole:

.....

.....

.....

.....

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

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

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

5. Zakres, w jakim dziecko/uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego/zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

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

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Podstawa prawna: § 12 Rozporządzenia Ministerstwa 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. 2017r. poz. 1591)