………………………………..

(pieczęć placówki medycznej)

**Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia ucznia starającego się o zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia**

*Opracowane zgodnie z Rozporządzeniem 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)*

Imię i Nazwisko……………………………………… urodzony…………………… PESEL………………………

Miejsce zamieszkania……………………………………………………………………………………….…...

Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole.

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Ograniczenia spowodowane chorobą w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z klasą. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zalecany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia ( nie dłuższy niż rok )

…………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………… ………………………….

 (miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)