

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
**O STANIE ZDROWIA UCZNIĄ DLA POTRZEB PORADNI PSYCHOLOGICZNO-
PEDAGOGICZNEJ /ZINDYWIDUALIZOWANA ŚCIEŻKA KSZTAŁCENIA/**

Rozporządzenie 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. 2017, poz. 1591)

Imię i nazwisko.....ur.....

Miejsce zamieszkania.....

Wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie w sprawie wydania opinii o potrzebie objęcia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (§12 rozporządzenia)

Choroba główna oraz choroby współwystępujące wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

KOD ICD

--

.....

.....

.....

2. Wpływ przebiegu choroby/stanu zdrowia na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Zakres, w jakim uczeń **nie może** brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym.

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

4. Okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny.

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

.....

miejsowość, data

.....

pieczętka i podpis lekarza

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach