

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI
w celu wydania opinii w sprawie objęcia dziecka/ucznia
zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania
przedszkolnego lub
zindywidualizowaną ścieżką kształcenia – dla potrzeb PP-P w Brzozowie**

Podstawa prawna: 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)

Zgodnie z w/w rozporządzeniem **zindywidualizowana ścieżka kształcenia jest organizowana** dla dzieci/uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola/szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny utrudniającej funkcjonowanie dziecka w przedszkolu/szkole:

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

2. Wpływ przebiegu choroby/zaburzenia na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:

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

3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)