

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

do wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej

Imię i nazwisko dziecka/ucznia
Data urodzeniaPESEL:
Adres zamieszkania
Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD:
.....
.....

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:

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

Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych w ramach zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej realizowany:

1. wspólnie z oddziałem przedszkolnym/klasowym w szkole:

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

2. indywidualnie z uczniem:

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

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

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)