

.....  
(pieczęć placówki służby zdrowia)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O stanie zdrowia dziecka/ucznia dla celów rozpatrzenia wniosku o wydanie  
**opinii o objęciu ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**

(wypełnia lekarz)

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. (Dz. U. 2017, poz. 1591) w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem **zindywidualizowana ścieżka 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.

Imię i nazwisko dziecka/ucznia/klienta .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania.....

**1. Rozpoznanie** choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:

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

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

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

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

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

Sugerowany **okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką**, nie dłuższy jednak niż rok szkolny .....

..... dnia .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)