

.....
Pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
w przypadku ubiegania się o zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia

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

Imię i nazwisko:.....

ur..... PESEL.....

Miejsce zamieszkania:

Stan zdrowia wskazujący na konieczność objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/ zindywidualizowaną ścieżką kształcenia:

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

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

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

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

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)