



Pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **w przypadku ubiegania się o zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia**

- 1) § 12 ust. 3 rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach ((Dz. U. 2023 poz. 1798),
- 2) § 4 ust. 1 rozporządzenia MEN z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z.2023 r., poz. 2499).

Imię i nazwisko:.....

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

Miejsce zamieszkania:

Stan zdrowia wskazujący na konieczność objęcia dziecka/ucnia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/ zindywidualizowaną ścieżką kształcenia, wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

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

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

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

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

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza*

* lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki medycznej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego