

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*Na podstawie rozporządzenia 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. z 2017, poz. 1591 z późn. zm.)*

**Imię i Nazwisko dziecka .....**

**Data i miejsce urodzenia ..... PESEL .....**

**Adres zamieszkania .....**

### DOTYCZY:

- zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego przygotowania przedszkolnego
- zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

1. Rozpoznanie choroby .....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Okres (nie krótszy niż 30 dni oraz nie dłuższy niż do końca zajęć edukacyjnych w bieżącym roku szkolnym), w którym dziecko/uczeń wymaga objęcia go zindywidualizowaną ścieżką rozwoju

.....

.....

3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu, szkole lub placówce .....

.....

.....

.....

.....

4. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w szkole .....

.....

.....

.....

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

.....

/Miejscowość, data/

.....

/pieczętka i podpis lekarza specjalisty/