Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna w Kartuzach
83 - 300 Kartuzy, ul. Kolejowa 17 , tel. (58) 736-63-74. e - mail: ppp-kartuzy@wp.pl

……..…… ……
(pieczęć placówki służby zdrowia) (miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

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

*Zgodnie z w.w. rozporządzeniem **zindywidualizowana ścieżka kształcenia 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 i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.*

……..…… …….……
(imię i nazwisko dziecka/ucznia) (data urodzenia)

……..……..……..
(adres zamieszkania)

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:
Symbol ICD 10 | | | | |

……...……
……..….
……...

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

Zakres, w jakim dziecko/uczeń powinno brać udział w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych w formie indywidualnej:
……..……..……..……
……..
……..……..……...
……...
……...……
……...

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

……..……
(podpis i pieczątka lekarza)