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

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub lekarza praktykującego indywidualnie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia ucznia, w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie w sprawie objęcia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia \***

Podstawa prawna: § 12 ust. 7 rozporządzenia z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017 r., poz.1591).

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

Data urodzenia ...................................... Miejsce urodzenia.........................................................

Adres zamieszkania ..................................................................................................................

1. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3**.** Proponowany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia (nie dłuższy niż rok szkolny):

………………………………………………………………………………………………….

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

 (miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)

\*) Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego