

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

niezbędne o wydania opinii dotyczącej zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej

zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

imię i nazwisko ur.

nr PESEL.....Miejsce zamieszkania

.....
Rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD.....

.....
Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia

.....
Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w ramach zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej:

1. wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym

.....
2. indywidualnie z uczniem.....

.....
Zalecany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny

.....
(Miejscowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)