

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE 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.....

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w placówce

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)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)