

.....
(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:, data ur.:

nr PESEL:, adres:

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:

– Wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

– Indywidualnie z uczniem:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)