

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

....., dnia.....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA

Dotyczy dzieci /uczniów którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych

Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach /Dz. U. z 2017 r. poz. 1591 § 12/

### Dotyczy wydania:

- Opinii o zindywidualizowanej ścieżce kształcenia ucznia .....  
/Nazwisko i imię ucznia/
- Opinii o zindywidualizowanej ścieżce realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dziecka .....  
/Nazwisko i imię dziecka/

### 1. Rozpoznanie choroby

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

### 2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole:

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

### 3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

### 4. Okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką - nie dłuższy niż rok szkolny/

.....  
.....

.....

.....

*/miejscowość, data/*

*/pieczętka i podpis lekarza specjalisty/*