

.....
pieczętka placówki służby zdrowia

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Inowrocławiu z filią
w Kruszwicy
w celu objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia ***

§ 12. ust. 1. rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno - pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2017 r., poz. 1591)

Imię i nazwisko ucznia

Data urodzenia

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (§, 6 ust. 5 pkt.2).

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

Okres objęcia dziecka/ ucznia zindywidualizowaną ścieżką (nie dłuższy niż rok szkolny):

.....

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

Działania, jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie dziecka/ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola lub szkoły:

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

** Indywidualizowanej ścieżki nie organizuje się dla:
1) dzieci/uczniów objętych **kształceniem specjalnym**,
2) dzieci/uczniów objętych **indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym lub indywidualnym nauczaniem***