

.....
pieczęć placówki medycznej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 4 w Lublinie
w celu wydania opinii o zindywidualizowanej ścieżce realizacji obowiązkowego rocznego
przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowanej ścieżce kształcenia**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

PESEL

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

- 1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):**

.....

.....

.....

.....

.....

- 2. Przewidywany okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką edukacyjną (nie dłuższy niż 1 rok szkolny) tj.:**

od dnia do dnia.....

- 3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:**

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Podstawa prawna: § 12 Rozporządzenia Ministerstwa 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. 2017r. poz. 1591)