



.....  
( pieczęć placówki medycznej )

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
do 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**

.....  
**Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu ucznia**

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

**Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w ramach zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej:**

1) wspólnie z oddziałem szkolnym

.....  
.....

2) indywidualnie z uczniem.

.....  
.....

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

.....  
.....

.....  
( Miejscowość, data )

.....  
(pieczętka i podpis lekarza )