



.....  
( pieczęć placówki medycznej )

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE do wydania opinii dotyczącej zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

§ 12 ust. 1. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach ( t.j. Dz. U. 2020 r. poz.1280 z późn. zm.)

**Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.**

Dane identyfikacyjne dziecka			
imię			
nazwisko			
data urodzenia	dzień	miesiąc	rok
PESEL			
nazwa i adres przedszkola/szkoły/placówki, do której uczęszcza dziecko			

**Rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD**

.....  
.....

**Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia**

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

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

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)