

.....  
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....  
(miejscowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*(dla potrzeb poradni psychologiczno-pedagogicznej na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 roku, w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach - Dz.U. 2017 r. poz. 1591*

**dotyczy wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na stan zdrowia**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

**1. Rozpoznanie choroby** *(dziecko/uczeń wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na stan zdrowia)*.....  
.....  
.....

**na okres\***.....

**2. Określenie wpływu choroby** na funkcjonowanie dziecka/ucznia:

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

**3. Ograniczenia** *(dziecko/uczeń nie może brać udziału wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym w następujących zajęciach edukacyjnych)*

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*- nie dłuższy niż rok szkolny