

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia, w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie w sprawie objęcia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia*

Podstawa prawna: § 13b ust. 4 rozporządzenia z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2013 r., poz. 532 z późn. zm.).

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania

1. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

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

2. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym:

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

3. Proponowany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia (nie dłuższy niż rok szkolny):

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

*) Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego