Na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach, i placówkach.

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
nr identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O STANIE ZDROWIA UCZNIA

Dotyczy przyznania zindywidualizowanej ścieżki kształcenia:

. . . . . |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(imię i nazwisko) (PESEL)

urodzonego . . . . . w . . . . . ,
(data) (miejscowość)

zamieszkałego w . . . . . ,
(adres)

na okres . . . . . ,
(nie dłuższy niż rok szkolny)

ze względu na stan zdrowia.

Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD-10 lub innego problemu zdrowotnego, wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z odziałem przedszkolnym lub szkolnym.

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Okres leczenia w placówce. . . . . .

Zalecane formy leczenia . . . . . .

. . . . . .

. . . . . ., dnia . . . . . r. . . . . .
(miejscowość, data) (pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)