

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy wydania opinii o zindywidualizowanej ścieżce realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowanej ścieżki kształcenia
na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

Uwaga – do wydania opinii konieczne jest określenie przez lekarza wszystkich poniższych danych:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia)

I. Okres nie dłuższy niż rok szkolny:

.....

II. Rozpoznanie choroby i jej wpływ na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole:

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

III. Zajęcia realizowane wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

IV. Zajęcia realizowane indywidualnie z uczniem:

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)