

(pieczęć placówki medycznej)

data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

na potrzeby Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Otwocku (na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017r., w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, DZ.U. 2017r. poz. 1591 §12 z późniejszymi zmianami)

w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na stan zdrowia

Imię i nazwisko data urodzenia.....

PESEL..... Miejsce zamieszkania.....

(Prosimy o czytelne i kompletne wypełnienie druku.)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD.

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

2. Dokładny opis, wynikających z choroby lub innego problemu zdrowotnego, ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, które utrudniają mu udział w zajęciach wspólnie z oddziałem szkolnym/przedszkolnym.

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

3. Określenie czasu, w którym dziecko/uczeń powinno/powinien być objęte/objęty zindywidualizowaną ścieżką kształcenia – nie dłuższy niż rok szkolny.

.....
.....

Pieczętka i podpis lekarza