.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla potrzeb Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

wydawane w związku z potrzebą zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach (Dz. U. 2017 r., poz. 1591 z późniejszymi zmianami).

Uczeń .....

urodzony …….....

PESEL …….....

zamieszkały …….....

może uczęszczać do szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające ze stanu zdrowia nie może realizować wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym i wymaga dostosowania organizacji i procesu nauczania do swoich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego

……...

……..

……..

……..

……..

….....

.....

.....

….....

2.Oznaczenie alfanumeryczne choroby, zgodne z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD:

……..

….....

.....

….....

3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

……...

……..

……..

……..

……..

….....

….....

….....

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

……...

……...

……...

……...

……..

……...

….....

….....

…… ……

/ miejscowość, data / / pieczątka i podpis lekarza/