

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia
dla potrzeb wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia
(rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 stycznia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020 r., poz.1280))

Imię i nazwiskour.

Miejsce zamieszkania

Okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką – nie dłuższy jednak niż jeden rok szkolny (§ 12 ust. 6 pkt 2 w/w rozporządzenia)

.....

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole (§ 12 ust. 4 pkt 2 w/w rozporządzenia)

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

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym (§ 12 ust. 4 pkt 2 w/w rozporządzenia).

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)