

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego

do wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD:

.....

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia:

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

Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych w ramach zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej:

1) wspólnie z oddziałem przedszkolnym/klasowym w szkole,

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

2) indywidualnie z uczniem.

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

Zalecany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy niż rok szkolny:

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)