

.....  
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....  
(miejsowość i data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla celów rozpatrzenia wniosku  
o wydanie **opinii o objęciu dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**

(wypełnia lekarz)

*Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2023, poz. 1798).*

Zgodnie z w.w. rozporządzeniem **zindywidualizowana ścieżka kształcenia jest organizowana** dla dzieci/uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola/szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

.....  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(adres zamieszkania)

**Rozpoznanie** choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:

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

**Wpływ przebiegu** choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:

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

**Ograniczenia** w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

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

Sugerowany **okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką**, nie dłuższy jednak niż rok szkolny .....

.....  
(podpis i pieczętka lekarza)