

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Szczytnie w celu objęcia dziecka/ucznia

### zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

(§ 12. ust. 1. rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (DZ. U. 2017 r. Poz. 1591)

### ze względu na stan zdrowia utrudniający realizację wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym

Zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia, są organizowane dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

#### Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania .....

Przedszkole/szkoła ..... Klasa/Oddział .....

#### **1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (§ 6 ust. 5 pkt 2):**

ICD- \_\_\_\_\_  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### **2. Okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny:**

.....

#### **3. Zakres, w jakim dziecko/uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:**

**- wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:**

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

- indywidualnie z dzieckiem/uczniem:

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

**4. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:**

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

**5. Działania, jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola lub szkoły:**

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)