…………………………………….

 (pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka**

**w celu wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

*Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U.1591, z późn. zm.).*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia …………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia…………………………………………………………………….

Numer PESEL………………………………………………………………….....................

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………

**1.Rozpoznanie choroby z oznaczeniem ICD**

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

**2.Wpływ choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego/ zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym.** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………….. …………………….............

 (miejscowość i data) (pieczątka i podpis lekarza)