

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI**

w celu wydania opinii w sprawie objęcia dziecka/ucznia
**zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub
zindywidualizowaną ścieżką kształcenia – dla potrzeb PPP Nr 1 w Rzeszowie**

(wypełnia lekarz)
[PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA]

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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, poz. 1591)

Zgodnie z przywołanym powyżej 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

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

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

2. Sugerowany okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką *(nie dłuższy niż rok szkolny)*

od - - do - -
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

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

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

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

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)