

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia dziecka/ucznia, którego rodzice/prawni opiekunowie/pełnoletni uczeń
złożyli do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Białogardzie
wniosek o wydanie opinii dotyczącej zindywidualizowanej ścieżki:
realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/kształcenia**

działającego na podstawie § 12. 1. Rozporządzenia 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. z 2017 r., poz. 1591) oraz § 13b. 1. Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017 r., poz. 1643)

Imię i Nazwisko.....ur.....

PESEL:

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

Adres

zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych

ICD

--

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

2. Okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny:

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

3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu lub szkole, ze szczególnym uwzględnieniem ograniczeń utrudniających jego udział w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

4. Zakres, w jakim uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym (rodzaj zajęć, nazwa przedmiotów):

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

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)

UWAGA!

Zindywidualizowanej ścieżki nie organizuje się dla:

*1) uczniów objętych **kształceniem specjalnym** zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 2 (Dz.U.2017.0.59 - Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe)*

*2) uczniów objętych **indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym albo indywidualnym nauczaniem** zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 20 ustawy.*