

.....  
pieczęć przychodni lekarskiej

.....  
miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
w celu wydania opinii w sprawie objęcia dziecka lub ucznia zindywidualizowaną ścieżką  
realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zindywidualizowaną  
ścieżką kształcenia\***

podstawa prawna: rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017r., poz. 1591)

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

**Rozpoznanie wg ICD 10**

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

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

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

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym:

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

.....  
pieczęć i podpis lekarza

---

\*Zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia organizowana jest dla dzieci lub 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.