

.....  
( pieczęć placówki medycznej )

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wydania opinii dotyczącej zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Imię i Nazwisko ..... ur. ....

Nr PESEL.....

Miejsce zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD

.....  
.....

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia

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

Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w ramach zindywidualizowanej ścieżki kształcenia:

1) wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym

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

2) indywidualnie z uczniem

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

Zalecany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką (nie dłuższy jednak niż rok szkolny)

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

.....  
( Miejscowość, data )

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza )