

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka zakładu
lub prywatnej praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w celu objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

na potrzeby zespołu opiniującego Miejskiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koszalinie,
opracowane na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 09 sierpnia 2017 r.
w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach,
szkołach i placówkach (Dz.U. z 2017, poz. 1591);

ze względu na stan zdrowia

- utrudniający realizację wszystkich zajęć rocznego obowiązkowego przygotowania
przedszkolnego wspólnie z oddziałem przedszkolnym
- utrudniający realizację wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem
alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodowa Klasyfikacją Chorób
i Problemów Zdrowotnych (ICD):

| | |
|--|--|
| | |
| Oznaczenie alfanumeryczne (ICD) | Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego |

Okres objęcia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy niż rok szkolny:

.....

Zakres, w jakim dziecko/uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania
przedszkolnego/edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym i powinien
realizować je indywidualnie z wychowawcą/nauczycielem:

.....

.....

.....

Wskazana jest realizacja zajęć wychowania przedszkolnego/edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

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

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego/zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym /szkolnym:

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

Działania, jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie dziecka/ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola/szkoły:

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

.....

podpis i pieczęć lekarza