

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*do wydania opinii o zindywidualizowanej ścieżce kształcenia ucznia;
opinii o zindywidualizowanej ścieżce kształcenia realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego,*

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

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno - pedagogicznej

Imię i nazwisko

PESEL

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

Adres zamieszkania dziecka/ucznia

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

ICD

--

.....
.....
.....
Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

.....
.....
.....
Ocena wyniku i rokowania

.....
.....
.....
Wynikające ze stanu zdrowia ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia

.....
.....
.....
Niezbędny w procesie kształceniu sprzęt specjalistyczny:

.....
Okres objęcia dziecka lub ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia (nie dłuższy niż rok szkolny)

.....
miejsowość, data

.....
pieczęćka i podpis lekarza