

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## Z A Ś W I A D C Z E N I E   L E K A R S K I E

**o stanie zdrowia na potrzeby zespołu opiniującego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wołowie w celu wydania opinii o potrzebie zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowanej ścieżki kształcenia dla 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 procesu nauczania do specjalnych potrzeb edukacyjnych na podstawie:**

*Rozporządzenia MEN z dnia 1 lutego 2013r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013r., poz. 199), Rozporządzenia MEN z dnia 25 sierpnia 2017r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. z 2017r., poz. 1647), Rozporządzenia 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), Rozporządzenia MEN z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. poz. 532), Rozporządzenia MEN z dnia 28 sierpnia 2017r.zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.(Dz.U. z 2017r., poz. 1643).*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL .....

Miejsce zamieszkania .....

Przedszkole, szkoła, klasa.....

### **1. Choroba główna oraz choroby współwystępujące zgodnie z klasyfikacją ICD-10:**

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

2. **Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia** oraz wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu, szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych realizowanych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. **Określenie czasu, w którym uczeń wymaga objęcia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia, nie krótszy niż 30 dni jednak nie dłuższy niż rok szkolny.**

.....

4. Zakres w jakim uczeń **nie może brać udziału** w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Nie wymienione w pkt 4 obowiązkowe zajęcia edukacyjne wynikające z ramowego planu nauczania uczeń powinien realizować **z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym.**

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczętka i podpis lekarza)