

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dla potrzeb opinii
w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia*

dla potrzeb poradni psychologiczno – pedagogicznej na podstawie *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 roku, w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach*
– Dz.U.2017r. poz. 1591 oraz Dz.U.2017r. poz. 1643)

Imię i nazwisko..... ur.

Miejsce zamieszkania

1. Dziecko wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na (rozpoznanie choroby):

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

na czas (uwaga: nie dłuższy niż rok szkolny)

2. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie dziecka:

- wolniejsze tempo pracy
- zwiększenie podatności na znużenie i zmęczenie
- zaburzenia procesów psychicznych, w tym uwagi czy pamięci
- znaczne trudności w relacjach z rówieśnikami oraz w adaptacji do nowych sytuacji
- inne

3. Dziecko może brać udział wspólnie z oddziałem szkolnym/przedszkolnym w następujących zadaniach edukacyjnych (proszę wymienić):

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

***Zindywidualizowana Ścieżka Kształcenia** organizowana jest dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.