

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dla potrzeb opinii psychologiczno - pedagogicznej
w sprawie zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej*

Podstawa prawna:

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. 2023 poz. 1798)

***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.

Imię i nazwisko

ur. PESEL

Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby wskazującej na potrzebę objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia:

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

2. Proponowany czas udzielania pomocy w proponowanej formie *

* okres nie może być dłuższy niż 1 rok szkolny

3. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie dziecka:

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

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

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)