

.....
pieczętka placówki

Data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **dotyczy wniosku o wydanie opinii**

- 1. Indywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego**
- 2. Indywidualizowanej ścieżki kształcenia**

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (D. U. z 2017 r., poz. 1591)

Imię i nazwisko **ur.**

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej)

od

Rozpoznanie (diagnoza, przebieg leczenia, podjęta lub zalecana terapia, rokowanie)

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

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu/szkole

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

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego/zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym

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

.....
podpis i pieczętka lekarza