…………………………………….

 (pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka**

**w celu wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

*Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w* sprawie *zasad udzielania* i organizacji pomocy *psychologiczno-pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach ( t.j.* [*Dz.U.2020.1280)*](https://sip.lex.pl/#/act/18626250/2798057?keyword=rozporz%C4%85dzenie%20Ministra%20Edukacji%20Narodowej%20z%20dnia%20%20w%20sprawie%20zasad%20udzielania%20i%20organizacji%20pomocy&cm=STOP)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia …………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia…………………………………………………………………….

Numer PESEL………………………………………………………………….....................

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………

**1.Rozpoznanie choroby z oznaczeniem ICD**

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

**2.Wpływ choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole/przedszkolu.**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3.Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego/ zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym.** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………….. …………………….............

 (miejscowość i data) (pieczątka i podpis lekarza)