

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

Wypełnia się dla uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie w sprawie :

- *zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na stan zdrowia*

Imię i nazwisko dziecka.....
(pełnoletniego wnioskodawcy)

Data i miejsce urodzenia.....PESEL.....

Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej, choroby współistniejące oraz przebieg i efekty dotychczasowego leczenia :

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

3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:

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

4. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Podstawa prawna:

Z dnia 25 sierpnia 2017 zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych w tym poradni specjalistycznych

Z dnia 13 lutego 2013 w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych w tym poradni specjalistycznych

Z dnia 28 sierpnia 2017 zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy p-p w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach

Z dnia 25 sierpnia 2017 w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy p-p w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach

