……………………………………….

…………………………………………… (miejscowość, data)

(pieczęć placówki służby zdrowia)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA

w celu wydania opinii w sprawie objęcia dziecka/ucznia

**zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zindywidualizowaną ścieżką kształcenia – dla potrzeb PP-P w Suwałkach**

(wypełnia lekarz)

[**PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE ZAŚWIADCZENIA**]

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

Według wyżej wymienionego rozporządzenia **zindywidualizowana ścieżka kształcenia jest organizowana** dla dzieci/uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola/szkoły, ale z uwagi na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

Data urodzenia ……………………………………. Adres zamieszkania ………………………………………………………………

1. **Rozpoznanie** choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole (zgodnie z klasyfikacją ICD):

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Ograniczenia** w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

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

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

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

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

Sugerowany **okres objęcia dziecka / ucznia zindywidualizowaną ścieżką**, nie dłuższy jednak niż rok szkolny:…………………………………………………………….…….…………………………………………………..…..............….…..

………………..………..……… …………………………………………….

(data) (pieczątka i podpis lekarza)