

.....
/pieczęć zakładu/

.....
/miejsowość, data/

Zaświadczenie lekarskie

Dotyczące wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowanej ścieżki kształcenia.

/Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. (Dz.U. z 2017r., poz. 1591, , §12.ust.4.)/

- Imię i nazwisko dziecka.....
- Data urodzenia.....
- Adres zamieszkania

Informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka/ucznia:

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

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu/szkole

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

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

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

.....
Pieczęć i podpis lekarza