…………………………………….. ………….………………………
 *pieczęć placówki medycznej Miejscowość, data*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
Lekarza Specjalisty lub lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej**

Na podstawie dokumentacji medyczne leczenia specjalistycznego w związku zubieganiem się
o wydanie zindywidualizowanej ścieżki dla uczniów,którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły ale ze względu na trudności wfunkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia, nie mogą realizowaćwszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie
z oddziałemprzedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania doich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

**O STANIE ZDROWIA UCZNIA DLA POTRZEB
PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W ZABIERZOWIE**

*Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 20]7r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach
(Dz. U. 2017, poz. 1591 z późniejszymi zmianami).*

…………………………………………………………………………………………………………………..……..
(imię i nazwisko ucznia) (PESEL) (Data urodzenia)

…………………………………………………………………………………………………………………..…….. (adres zamieszkania ucznia)

…………………………………………………………………………………………………………………..…….. (nazwa szkoły, klasa)

**1. Choroba podstawowa oraz choroby współwystępujące (§ 6 ust. 5 pkt 2).**

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

**2. Oznaczenie numeryczne, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).**

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

**3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole
(§ 12 ust. 4 pkt 2).**

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

**4. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym (§ 12 ust. 4 pkt 2).**

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

 ………………………………………….
 *podpis i pieczęć lekarza*