

..... dnia

Pieczętka placówki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (zŚK)

(dla potrzeb poradni psychologiczno – pedagogicznej na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 roku, w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach – Dz.U. z 2023 r., poz. 1798).

Dotyczy wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na stan zdrowia

.....
Imię i nazwisko dziecka (ucznia)

.....
Data i miejsce urodzenia

Nr PESEL

.....
Miejsce zamieszkania

1. Uczeń/dziecko wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na (rozpoznanie choroby):

ICD –rozpoznanie:.....

na czas **od** **do**

(nie dłuższy niż rok szkolny)

2. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie ucznia/dziecka:

3. Uczeń/dziecko **nie może brać udziału** wspólnie z oddziałem szkolnym/przedszkolnym w następujących zajęciach edukacyjnych (proszę wymienić):

Przedmiot(y):.....

.....
pieczętka i podpis lekarza