

.....  
pieczęć placówki medycznej

.....  
(miejscowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**LEKARZA SPECJALISTY** lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  
**na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego w związku z  
ubieganiem się o wydanie zindywidualizowanej ścieżki dla uczniów,**  
którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w  
funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia, nie mogą realizować  
wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem  
przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do  
ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

### **o stanie zdrowia ucznia**

#### **dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowej Dębie**

*Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. 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 )**

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

(pieczętka i podpis lekarza)