

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
dla dzieci/uczniów w stosunku, do których będzie prowadzone
postępowanie dotyczące wydania
opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL

Miejsce zamieszkania

Przedszkole/szkołaklasa

Choroba zasadnicza:

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

Choroby współwystępujące:

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

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

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

Ograniczenia zdrowotne w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego/zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym

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

Stan zdrowia dziecka/ucznia *wymaga/ *nie wymaga organizacji zindywidualizowanej ścieżki kształcenia (*właściwe podkreślić)

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

Na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego:

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)