

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA

**w celu objęcia go zindywidualizowaną ścieżką
realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
lub zindywidualizowaną ścieżką kształcenia***

zgodnie z § 12 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2023 r. poz. 1798) lub § 13b ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2013r. poz. 532, z 2017r. poz. 1643, z 2019r. poz. 322, z 2022r. poz. 1593)

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

ze względu na stan zdrowia dziecko/uczeń wymaga objęcia go zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego / zindywidualizowaną ścieżką kształcenia *

TAK*

NIE*

Dziecko/uczeń nie może realizować wszystkich zajęć wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym w okresie (nie dłuższym niż rok szkolny):

.....
Rozpoznanie:

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

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*właściwe podkreślić