

.....  
/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub prywatnej praktyki/

.....  
/miejsowość, data/

**Zaświadczenie lekarza o stanie zdrowia dziecka/ucznia ubiegającego się o zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia kierowane do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Dworze Gdańskim**

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu wydania opinii na podstawie art.47 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe – (Dz.U. z 2017, poz. 59 i 949)

.....  
/imię i nazwisko dziecka/ucznia

.....  
/imiona rodziców/

.....  
/data urodzenia/

.....  
/miejsce urodzenia/

.....  
/adres zamieszkania/

**Rozpoznanie**

**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą z klasyfikacją ICD będących przyczyną trudności w funkcjonowaniu ucznia/dziecka, powodujących, że nie może on/ono realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem:**

ICD -

.....  
.....  
.....  
**Przebieg choroby wskazujący aktualne ograniczenia w funkcjonowaniu powodujące , że uczeń/dziecko nie może realizować części zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem:**

.....  
.....  
.....  
**OKRES OBJĘCIA DZIECKA/UCZNIA ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ**

(nie dłużej jednak niż rok szkolny) od..... do .....

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/