

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

.....  
/miejsowość, data/

## **Zaświadczenie lekarskie**

### **o stanie zdrowia dziecka/ucznia ubiegającego się o zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia**

### **kierowane do Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Nowym Dworze Gdańskim**

Podstawa prawna: § 12 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)

*Zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia są organizowane 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.*

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

.....  
/imiona rodziców/

.....  
/data urodzenia/

.....  
/miejsce urodzenia/

.....  
/PESEL/

.....  
/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**

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

**Dziecko/uczeń jest pod opieką poradni specjalistycznej od:**

.....

**Przebieg leczenia i rokowanie:**

.....

.....

.....

.....

**Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu lub w szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:**

.....

.....

.....

.....

**Zakres, w jaki dziecko/uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:**

.....

.....

.....

.....

**OKRES OBJĘCIA DZIECKA/UCZNIA ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ**

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

.....  
/ miejscowość, data /

.....  
/ pieczętka i podpis lekarza/