.………………………….…. ………………………..

( pieczęć placówki służby zdrowia) ( miejscowość i data )

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

dla potrzeb zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

( wypełnia lekarz )

*Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie zasad orzeczeń o opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2061).*

Zgodnie z w/w rozporządzeniem **zindywidualizowana ścieżka kształcenia jest organizowana** dla dzieci/uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola/szkoły, ale ze względu na trudności   
w funkcjonowaniu wynikające ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

…………………………………………………………………………………………………...

( imię i nazwisko dziecka/ucznia ) ( data urodzenia )

…………………………………………………………………………………………………...

( adres zamieszkania )

**Rozpoznanie** choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia dziecka/ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:

……………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………..….…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………..……………....

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

………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………...

**Ograniczenia** w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

…………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………….………..…………………………………………………………………………………………………...

Sugerowany **okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką**, nie dłuższy jednak niż rok szkolny…………………………….......…………………………………………………

…………………………….

( podpis i pieczątka lekarza )