..... .....
(pieczątka zakładu opieki zdrowotnej) (miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**
**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kwidzynie**
**w celu objęcia dziecka /ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**
*§ 12.ust.1 Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (tekst jednolity Dz.U z 2023r., poz.1798)*

ze względu na stan zdrowia
utrudniający dziecku/uczniowi realizację wszystkich zajęć obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym

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) (data i miejsce urodzenia)

PESEL: | | | | | | | | | | |

.....
( adres zamieszkania)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją IDC:

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

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

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

3. Okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia, nie dłuższy jednak niż rok szkolny:

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)