

.....
Data

Pieczętka placówki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na stan zdrowia

.....
Imię i nazwisko dziecka (ucznia)

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)

.....
Miejsce zamieszkania

1. Dziecko/uczeń wymaga objęcia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia ze względu na nieprawidłowy stan zdrowia (rozpoznanie choroby)

.....
na czas*

2. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia

3. Zakres w jakim dziecko/uczeń nie może brać udziału wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym (proszę wymienić zajęcia edukacyjne):

.....
pieczętka i podpis lekarza

* – nie dłuższy niż rok szkolny