Pieczęć zakładu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA, W CELU WYDANIA OPINII O POTRZEBIE ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻKI KSZTAŁCENIA DLA POTRZEB PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W SOKOŁOWIE PODLASKIM

I. Dane osobowe dziecka

imię i nazwisko	
data i miejsce urodzenia	
adres zamieszkania	

II. Diagnoza medyczna:

 rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD);

.....

.....

.....

 wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w zakresie możliwości udziału w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym;

.....

.....

.....

 Stwierdzenie czy uczeń ze względu na trudności wynikające ze stanu zdrowia wymaga edukacji w ramach indywidualnej ścieżki kształcenia (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)*

TAK **NIE**

III. Zakres zajęć zalecanych do realizacji w formie zindywidualizowanej:

……...……..

……...……..

IV. Wskazany czas objęcia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**

……

V. Uwagi lekarza

……...……..

……...……..

……...……..

UWAGA:

*ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻKI KSZTAŁCENIA NIE ORGANIZUJE SIĘ DLA:

 uczniów objętych kształceniem specjalnym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art.127 ust. 19 pkt 2 ustawy;

 uczniów objętych indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym albo indywidualnym nauczaniem zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 20 ustawy;

**CZAS NIE DŁUŻSZY NIŻ JEDEN ROK SZKOLNY

……

pieczęć i podpis lekarza

……

Miejscowość, data