

...Trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia dziecka lub ucznia, które ograniczają mu możliwość udziału we wszystkich zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych

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

...

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym (należy wskazać zalecany zakres zajęć do realizacji wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym oraz indywidualnie z uczniem)

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

...

Zalecany okres objęcia ucznia indywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny

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

...

.....
/miejsowość, data/

.....
pieczętka i podpis lekarza

