|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………… |  |
| /pieczęć placówki zdrowia/ |  |

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o stanie zdrowia ucznia

dla potrzeb wydania opinii o potrzebie objęcia ucznia:

**zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**\*

przez Powiatową Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną

w Piotrkowie Trybunalskim

\* właściwe podkreślić

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń   
i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno  
- pedagogicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1743), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017r. poz. 1591) oraz Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r.   
– Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017r. poz. 59).

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia** …………………………………………………………….…

**Data ur.** ………………………… **PESEL** ………………………………………………….…

**Miejsce zamieszkania** …………………………………………………………………….……

**Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej?)** ………………………….….….…

……………………………………………………………………… **od** ………………………

Zgodnie z § 12. ust. 1. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach   
i placówkach (Dz. U. z 2017r. poz. 1591) zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia, zwane dalej „zindywidualizowaną ścieżką”, 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.

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

………………………………………………………………………………………….….….…………………………………………………………………………………………….….….…………………………………………………………………………………………….….….…………………………………………………………………………………………….….….…………………………………………………………………………………………….….….…………………………………………………………………………………………….….….…………………………………………………………………………………………….….….…………………………………………………………………………………………….….….…………………………………………………………………………………………….….….…………………………………………………………………………………………….….….…**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 odziałem przedszkolnym lub szkolnym (należy wskazać zalecany zakres zajęć do realizacji wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym oraz indywidualnie z uczniem)**

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………… | ……………………………………… |
| /miejscowość, data/ | pieczątka i podpis lekarza |