

**Załącznik do WNIOSKU o wydanie
opinii psychologiczno – pedagogicznej
w sprawie ZŚK**

*Pieczęć placówki medycznej
lub lekarza praktykującego prywatnie
Nr identyfikacyjny REGON*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
do wydania opinii dotyczącej realizacji obowiązku szkolnego/nauki w formie
zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno–pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 25 sierpnia 2017 r. poz. 1591 ze zm.).

Imię i nazwisko UCZNIĄ

Data urodzenia..... PESEL _____

Miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania.....

Choroba główna oraz choroby współwystępujące - rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

Krótki opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Zagrożenia dla dziecka, które mogą wynikać z choroby podczas pobytu w szkole (wskazówki dla nauczycieli):

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

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

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Uwaga:
Specjaliści Poradni nie ponoszą odpowiedzialności medycznej za stan zdrowia dziecka/ucznia.