

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

**Zaświadczenie lekarza o stanie zdrowia dziecka/ucznia
w związku z wnioskiem rodziców o wydanie***

indywidualizowanej ścieżki kształcenia ucznia

indywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego

**kierowane do
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Pruszczu Gdańskim**

(zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 9 sierpnia 2017 roku w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach – Dz.U. z 2017, poz. 1591)

Zindywidualizowana ścieżka jest organizowana 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.

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL dziecka/ucznia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie:

Choroba podstawowa:
.....
.....

Choroby współistniejące:
.....
.....

2. Dziecko/uczeń jest pod opieką poradni specjalistycznej od:

.....

3. Przebieg leczenia i rokowanie:

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

*właściwe podkreślić

4. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu lub w szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

5. Zakres, w jaki dziecko/uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

6. Okres objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką (nie dłuższy niż rok szkolny):
oddo.....

Oświadczam, że z uwagi na trudności w funkcjonowaniu dziecko/uczeń wymaga organizacji zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego, zindywidualizowanej ścieżki kształcenia *

.....

(pieczętka i podpis lekarza)

*właściwe podkreślić