

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb wydania opinii w sprawie
zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania
przedszkolnego albo zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Podstawa prawna

§ 12, ust. 4, punkt 2 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 2017 r. poz.1591)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby:

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

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

- | | |
|---------------------------------------|---|
| - spadek koncentracji uwagi | - zaburzenia pamięci; |
| - męczliwość psychofizyczna | - obniżone tempo przyswajania materiału szkolnego |
| - wolne tempo pracy | - obniżona motywacja do wysiłku umysłowego |
| - zaburzenia emocjonalne | - dyskomfort fizyczny |
| - nadmierna senność | - podwyższony poziom lęku |
| - apatia | - obniżona wydolność umysłowa |
| - zaburzenia w komunikacji społecznej | - inne |
| - nadmierna impulsywność; | |
| - znaczna absencja; | |

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* proszę zaznaczyć najważniejsze symptomy