

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia dla celów rozpatrzenia wniosku
przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Miejscu Piastowym
o wydanie **opinii w sprawie objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**
(wypełnia lekarz)

Imię i nazwisko ucznia:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Stan zdrowia ucznia:

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

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu/szkole:

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

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis lekarza