

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejsowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Głogowie ul. Folwarczna 52 , 67-200 Głogów, w celu wydania opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej w sprawie objęcia dziecka/ucznia:**

- zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego  
 zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

*Działając na podstawie art. 47 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 poz.900, 1672 i 1718) oraz § 12. 1.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 2023 r. poz. 178)*

.....  
(imię i nazwisko dziecka / ucznia)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

PESEL

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

.....  
( adres zamieszkania dziecka / ucznia)

**UWAGA: zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.**

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

**KOD** ..... **Rozpoznanie**.....

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

2.Opis wpływu przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem ( np. sprawność fizyczna, odporność psychofizyczna, poziom akceptacji choroby, sytuacje zwiększające ryzyko nasilenia choroby, korzystanie z urządzeń w tym multimedialnych, ograniczenia wynikające z przyjmowania leków)

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

3.Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

1. Okres objęcia dziecka/ ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny:

.....

2. Inne istotne informacje dla organizacji zindywidualizowanej ścieżki kształcenia.

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

.....

Miejscowość, data

.....

pieczętka i podpis lekarza