

.....
Pieczętka zakładu
lub prywatnej praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łasku
w celu objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**

§ 12. ust. 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. 2017 r. Poz. 1591)

ze względu na stan zdrowia utrudniający realizację wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym.

Zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia, są organizowane 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.

Dziecko/uczeń

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

PESEL:

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

zamieszkały

(adres)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (§ 6 ust. 5 pkt 2):

ICD -

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

.....
.....

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

Ograniczenia wynikające z występowania choroby uniemożliwiającej dziecku uczestniczenie w grupowych formach zajęć edukacyjnych:

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

Działania, jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola lub szkoły:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Zindywidualizowanej ścieżki nie organizuje się dla:

- 1) uczniów objętych **kształceniem specjalnym** zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 2 ustawy;*
- 2) uczniów objętych **indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym albo indywidualnym nauczaniem** zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 20 ustawy.*