
(pieczęć placówki medycznej)

(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeby wydania opinii w sprawie objęcia
ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia w szkole

na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017r.
w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej
w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2017r., poz.1643).

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (zgodnie z § 13b pkt. 4, ust 2, Dz. U. z 2017r.,
poz. 1643).

Choroba główna oraz choroby współwystępujące

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym.

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

(pieczętka i podpis lekarza)