Pieczęć placówki

Łódź dn. ……

Zaświadczenie Lekarskie

(*dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej dla Młodzieży na podstawie 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 poz. 1591 oraz Dz. U. 2017 poz. 1643)*

Dotyczy wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na stan zdrowia.*

……
Imię/imiona i nazwisko ucznia

……
Data i miejsce urodzenia

……
PESEL

……
Imiona i nazwiska rodziców (prawnych opiekunów)

……
Miejsce zamieszkania

1. Uczeń wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na chorobę/y (**diagnoza medyczna**):*

……
……

na czas (nie dłuższy niż rok szkolny): ……

2. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole*

……
……
……
……

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

……
……
……
……

**pola obowiązkowe*

Pieczątka i podpis lekarza