



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/imiiona 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. Uczeń **nie może** uczestniczyć w zajęciach wspólnie z klasą na następujących przedmiotach (proszę wymienić)*:



Poradnia Psychologiczno Pedagogiczna dla
Młodzieży

94-050 Łódź, Al. Ks. Kard. S. Wyszyńskiego 86 tel : (42) 688-16-68, fax: (42) 688-15-39
www.pppdm.edu.lodz.pl , e-mail: kontakt@pppdm.elodz.edu.pl

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**pola obowiązkowe*

Pieczętka i podpis lekarza