

.....
pieczęć

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia

dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koluszkach

w związku ze złożonym przez rodziców/opiekunów **wnioskiem o wydanie opinii** o objęcie ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

PESEL lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

1. Rozpoznanie choroby

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

2. ICD

3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole

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

4. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym.

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

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć lekarza