……………………………………………

(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej**

**wydawane w związku z potrzebą zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach (Dz. U. 2017 r.,poz. 1591 z późniejszymi zmianami).

Uczeń ..............................................................................urodzony …………………………………….

PESEL ………………………………zamieszkały ……………………………………………………

**może uczęszczać do szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające ze stanu zdrowia nie może realizować wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym i wymaga dostosowania organizacji i procesu nauczania do swoich specjalnych potrzeb edukacyjnych.**

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

2.Oznaczenie alfanumeryczne choroby, zgodne z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD:

…..............................................................................................................................................................

3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

…………………………………………………………………………………………………..............

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

4. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie

z oddziałem szkolnym:

………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………….…………...

…………………………………………………………………………………….…………………...

……………………. ……………………………

/ miejscowość, data / / pieczątka i podpis lekarza/