

.....
Pieczęć zakładu lub lekarza praktykującego
indywidualnie

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kościanie

(działającego 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. z 2023., poz. 1798)

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

Imię i Nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania:

1. Uczeń/dziecko wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ze względu na –
rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:

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

--	--	--	--

.....
na czas (nie dłuższy niż rok szkolny).....

2. Określenie wpływu choroby na funkcjonowanie ucznia/dziecka:

- spadek koncentracji uwagi
- zaburzenia pamięci
- męczliwość psychofizyczna

- obniżone tempo przyswajania materiału szkolnego
- wolne tempo pracy
- zaburzenia emocjonalne
- nadmierna senność
- apatia
- zaburzenia w komunikacji społecznej
- znaczna absencja
- obniżona motywacja do wysiłku umysłowego
- podwyższony poziom lęku
- obniżona wydolność umysłowa
- inne.....

3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia/dziecka w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

.....

.....

pieczętka i podpis lekarza