

.....  
/pieczęć poradni ZOZ/

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb**

**Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Bełchatowie**

**dotyczące wydania opinii o potrzebie objęcia indywidualizowaną ścieżką kształcenia<sup>1</sup>**

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia** .....

**Data i miejsce urodzenia** .....

**Miejsce zamieszkania**.....

1. Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD-10 będącej przyczyną trudności w funkcjonowaniu ucznia powodujących, że nie może on brać udziału we wszystkich zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem

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

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole

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

3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym .....

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
pieczęć i podpis lekarz

---

<sup>1</sup> Dotyczy również uczniów realizujących obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne.