

.....  
/pieczętka placówki opieki zdrowotnej/

.....  
/data/

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla**  
**Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wodzisławiu Śl.**

**w celu wydania opinii o potrzebie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

Imię i nazwisko dziecka: ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego:

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

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole:

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

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

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

Uczeń wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia/ zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego w okresie (nie dłuższy niż rok szkolny):

.....

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/

**Podstawa prawna:**

Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016r. art.127 ust.18 (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082 z późn. zm.).

Rozporządzenia MEN z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

Rozporządzenie MEN z dnia 09 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017 r., poz. 1591).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. poz. 199)