

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**Zaświadczenie lekarskie  
o stanie zdrowia w celu wydania opinii w sprawie objęcia ucznia  
zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**

**Podstawa prawna:**

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

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2013 r., poz. 532 z późn.zm.).

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

Imię (imiona) i nazwisko ucznia ..... ur.....

Numer PESEL ucznia																				
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania ucznia .....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego:

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

2. Wpływ choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym – proszę podkreślić najważniejsze symptomy:

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

Ponadto:

- - spadek koncentracji uwagi;
- - męczliwość psychofizyczna;
- - wolne tempo pracy;
- - zaburzenia emocjonalne;
- - nadmierna senność;
- - apatia;
- - zaburzenia w komunikacji społecznej;
- - nadmierna impulsywność;
- - znaczna absencja;
- - zaburzenia pamięci;
- - obniżone tempo przyswajania materiału szkolnego;
- - obniżona motywacja do wysiłku umysłowego;
- dyskomfort fizyczny;
- podwyższony poziom lęku;
- obniżona wydolność umysłowa

inne .....

3. Zalecany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłużej jednak niż rok szkolny.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)