Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub lekarza praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny, REGON

**ZAŚWIADCZENIE**

**o stanie zdrowia ucznia w celu wydania opinii**

**przez Miejską Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Krośnie**

**w sprawie objęcia ucznia:**

* **zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego - ze względu na stan zdrowia**
* **zindywidualizowaną ścieżką kształcenia - ze względu na stan zdrowia**

Podstawa prawna:

Rozporządzenie 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. 2017, poz. 1591)

Zgodnie z w/w rozporządzeniem zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia - jest organizowana dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

Imię i nazwisko ucznia … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

Data i miejsce urodzenia … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

Adres zamieszkania … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

**Rozpoznanie choroby utrudniającej funkcjonowanie ucznia w szkole lub przedszkolu:**

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

**Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole lub przedszkolu :**

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

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

**przedszkolnym:**

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

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

… … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … …

 Miejscowość, data Pieczęć i podpis lekarza prowadzącego badanie