

(pieczęć placówki medycznej)

### **Zaświadczenie lekarskie**

w oparciu o §12 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach

1. Imię i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Stan zdrowia wskazujący na konieczność objęcia zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/ zindywidualizowaną ścieżką kształcenia .....
5. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole .....
6. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym .....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)