

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świętochłowicach**

**wydawane w związku z potrzebą zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych szkołach i placówkach (Dz. U. 2017 r., poz. 1591 z późniejszymi zmianami).

Uczeń:.....

Urodzony:.....

PESEL:.....

Zamieszkały:.....

**może uczęszczać do szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające ze stanu zdrowia nie może realizować wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym i wymaga dostosowania organizacji i procesu nauczania do swoich specjalnych potrzeb edukacyjnych.**

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego:

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

2. Oznaczenie alfanumeryczne choroby, zgodne z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD:

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

3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

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

4. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym:

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

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/