

.....
pieczęć przychodni lekarskiej

.....
miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia
dla Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w Knurowie**

Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2023r. poz. 1798)
Rozporządzenia 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. z 2023r.poz.2499)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce
urodzenia

Miejsce zamieszkania dziecka/ucznia

.....

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym , zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

Zalecenia dla edukacji (czy uczeń wymaga specjalnej organizacji nauki i metod pracy, ograniczenia wynikające z rozpoznanej choroby lub innego problemu zdrowotnego w funkcjonowaniu ucznia):

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

Uwagi:

- Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich punktach, inaczej będzie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia.
- Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.