

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

zindywidualizowana ścieżka kształcenia
ze względu na stan zdrowia utrudniający realizację wszystkich zajęć rocznego przygotowania
przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym

dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku, ul. Fabryczna 1 §12 ust. 1 rozporządzenia 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. 2017.1591)

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(data urodzenia, miejsce urodzenia, PESEL)

.....
(adres 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) (§6 ust.6 pkt. 1a rozporządzenia)

.....
.....
.....
.....
Kod ICD 10 **lub/i Kod ICD 11**

Okres objęcia dziecka/ucznia ZŚK, nie dłuższy niż jeden rok szkolny:

.....
Wpływ choroby i ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

.....
.....
.....
.....
.....
Działania, jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie dziecka/ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola/szkoły:

.....
(pieczęć i podpis lekarza)