

.....
pieczętka zakładu
lub prywatnej praktyki lekarskiej

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Bytowie w celu objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

§ 13b. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (DZ. U. 2017 r. Poz. 1643)

ze względu na stan zdrowia utrudniający realizację wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym.

Zindywidualizowana ścieżka kształcenia jest organizowana dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

uczeń

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

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zamieszkały/a
(adres)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (§ 6 ust. 5 pkt 2):

ICD

--

.....
Okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny:

.....
Zakres, w jakim uczeń nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

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

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Zindywidualizowanej ścieżki nie organizuje się dla:

*1) uczniów objętych **kształceniem specjalnym** zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 2 (Dz.U.2017.0.59 - Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe)*

*2) uczniów objętych **indywidualnym nauczaniem** zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 20 ustawy.*