

.....
pieczętka zakładu
lub prywatnej praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

§ 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 r. Poz. 1591)

**ze względu na stan zdrowia
utrudniający realizację wszystkich zajęć rocznego przygotowania przedszkolnego
lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym.**

Zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia, są organizowane dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub 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:

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 obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym albo indywidualnym nauczaniem** zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 20 ustawy.*