



.....  
(pieczętka placówki medycznej)

....., dnia:.....  
(miejscowość)

Załącznik nr 2 do wydania opinii o zindywidualizowanej ścieżce

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA/UCZNI.....

PESEL.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

**W celu uzyskania (podkreślić właściwe):**

- Opinii o zindywidualizowanej ścieżce kształcenia (szkoła)**
- Opinii o zindywidualizowanej ścieżce realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego (oddział sześciolatków)**

**1. Rozpoznanie choroby i (jeśli istnieje) rodzaj stwierdzonej niepełnosprawności:**

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

**2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu lub szkole:**

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

**3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:**

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

**4. Określenie czasu, w którym stan zdrowia dziecka utrudnia udział w zajęciach wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym (nie dłuższy niż jeden rok szkolny).**

.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)