…………………………………………………………. …………………………, dnia:……….……………….

*(pieczątka placówki medycznej) (miejscowość)*

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

**DLA POTRZEB PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W BRZESKU**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA/UCZNIA…………………………………………………………………………………………………………………..

PESEL…………………………………………….

ADRES ZAMIESZKANIA…………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

* **Opinii o zindywidualizowanej ścieżce kształcenia**
* **Opinii o zindywidualizowanej ścieżce realizacji rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego**

**1.** Rozpoznanie choroby:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4.** określenie czasu, w którym uczeń doświadcza ograniczeń w zakresie możliwości udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych w szkole, (nie dłuższy niż jeden rok szkolny).

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………… ………………………………………………………….

***(****miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza specjalisty)*