



Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna

w Brzesku

32 - 800 Brzesko ul. Piastowska 2B

tel. 14 66 301 81

.....
(pieczęć placówki medycznej)

....., dnia:.....
(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)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)