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

/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej /miejscowość, data/ lub prywatnej praktyki/

## Zaświadczenie lekarza o stanie zdrowia dziecka/ucznia ubiegającego się o zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia kierowane do Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Nowym Dworze Gdańskim

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu wydania opinii na podstawie art.47 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe – (Dz.U. z 2017, poz. 59 i 949)

# ............................................................................. ................................................

/imię i nazwisko dziecka/ucznia /imiona rodziców/

# ............................................................................. ................................................

/data urodzenia/ /miejsce urodzenia/

# .................................................................................................................................

/adres zamieszkania/

 **Rozpoznanie**

**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą z klasyfikacją ICD będących przyczyną trudności w funkcjonowaniu ucznia/dziecka, powodujących, że nie może on/ono realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem:**

**ICD -**

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

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

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

**Przebieg choroby wskazujący aktualne ograniczenia w funkcjonowaniu powodujące , że uczeń/dziecko nie może realizować części zajęć edukacyjnych wspólnie z odziałem:**

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

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

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

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

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

**OKRES OBJĘCIA DZIECKA/UCZNIA ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ**

(nie dłużej jednak niż rok szkolny) od………………………………… do ……………………………..

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

/pieczątka i podpis lekarza/