Pieczątka placówki służby zdrowia ……………………….........

lub lekarza pracującego indywidualnie miejscowość, data

Nr identyfikacyjny REGON

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Sulejówku**

**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. 2023 r., poz. 1798)

**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.

**Imię i nazwisko ucznia ur. ...............................**

**Miejsce urodzenia………………………………………………………………………….…..**

**Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………….…**

**Pesel………………………………………………………………………………………….….**

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (§, 6 ust. 5 pkt.2)

**ICD ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Okres objęcia dziecka/ ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny:……………………………………………………………………………………….**

**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****; 2)uczniów objętych* ***indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym albo indywidualnym nauczaniem****.*