



PPP MIŁÓWKA

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA

ul. Dworcowa 17, 34 – 360 Miłówka

tel. 33 864 21 25

www.poradniamilowka.pl e-mail: sekretariat@poradniamilowka.pl

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia
ubiegającego się o objęcie zindywidualizowaną ścieżką

Podstawa prawna:

Rozporządzenie 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. 2017 r. poz. 1591 z późn. zm.)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Rozpoznanie choroby/problemu zdrowotnego powodujące, że dziecko/uczeń nie może realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:

Rozpoznanie	Oznaczenie alfanumeryczne wg ICD

Wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie przedszkolne/szkolne dziecka/ucznia – opis ograniczeń wynikających z rozpoznania:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis lekarza)