

.....  
Pieczętka zakładu  
lub prywatnej praktyki lekarskiej

.....  
miejscowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Słupsku  
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. 2017 r. Poz. 1591)

**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.

### Dziecko/uczeń

.....ur.....w.....  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zamieszkały/a .....  
(adres)

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;

