|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………………… |  | ……………………………………………… |
| *(pieczątka placówki medycznej)* |  | *(miejscowość, data)* |

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 22 w Warszawie  
celem rozpatrzenia wniosku o wydanie opinii o potrzebie objęcia ucznia   
zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/  
zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**\*

*Na podstawie Rozporządzenie MEN z dn. 09 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno–pedagogicznej w  publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2017 r. poz. 1591) oraz Rozporządzenie MEN z 28 sierpnia 2017r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno–pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2017 r. poz. 1643)*

Imię i nazwisko ucznia…………………………………………………………………………………….……….………..

Data i miejsce urodzenia…………………………………………………………………………………………….……….

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………….…

Nazwa i adres przedszkola/szkoły ……………………………………….……………………………..…………………..

…………………………………………………………………………………………………... kl...…………………….…..

Okres, w którym stan zdrowia **uniemożliwia/znacznie utrudnia**\* uczęszczanie do szkoły/przedszkola (nie mniej niż 30 dni): ..…………………………………………………………………………………………………………………….

Nauczanie może być realizowane w placówce: tak / nie\*

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny trudności w funkcjonowaniu **uniemożliwiającej/znacznie utrudniającej**\* realizację wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym wymagającej dostosowania organizacji oraz procesu nauczania do specjalnych potrzeb edukacyjnych ucznia:………………..…………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu/szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego/zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:…………………………..……………………………………………......….…….. ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

W sytuacji, gdy stan zdrowia **znacznie utrudnia** uczęszczanie do szkoły/przedszkola należy określić:  
- zakres, w jakim dziecko może brać udział w zajęciach, w których realizowana jest podstawa programowa wychowania przedszkolnego, organizowanych z grupą wychowawczą lub indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu,   
- zakres, w jakim uczeń może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych, organizowanych z oddziałem w szkole lub indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w szkole:………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………….……

…………………………………………….  
*(pieczątka i podpis lekarza)*

*\*) właściwe podkreślić*