

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla celów rozpatrzenia wniosku o wydanie  
**opinii o objęciu dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia<sup>1</sup>**  
(wypełnia lekarz)

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 podstawowych, ponadpodstawowych oraz placówkach (Dz. U. z 2020 r., poz. 1280 tj.).

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

1. **Zaświadczenie wydaje się ze względu na stan zdrowia dziecka/ucznia utrudniający realizację \*:**

- a) zajęć rocznego przygotowania przedszkolnego wspólnie z oddziałem przedszkolnym
- b) zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym (klasą).

**Rozpoznanie** - choroba główna oraz choroby współwystępujące, wraz z klasyfikacją ICD:

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia. Rokowania.

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

---

<sup>1</sup> Pouczenie: Zindywidualizowanej ścieżki **nie organizuje się** dla:

- 1) uczniów objętych kształceniem specjalnym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 2 (Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe; Dz. U. z 2020 r. poz. 910 i 1378)
- 2) uczniów objętych indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym albo indywidualnym nauczaniem zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 20 Ustawy.

\* właściwe podkreślić

2. Dziecko/uczeń ze względu na trudności wynikające ze stanu zdrowia **wymaga edukacji w ramach zindywidualizowanej ścieżki** oraz dostosowania organizacji procesu nauczania do specjalnych potrzeb edukacyjnych?\*

TAK

NIE

3. **Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie** dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole.

Obszar funkcjonowania	Występowanie trudności tak/nie
poziom aktywności i sprawności fizycznej	
odporność psychofizyczna np. męczliwość, labilność nastroju, drażliwość, apatię, lęk przed odrzuceniem*	
relacje z rówieśnikami np. izolacja, narzucanie się, ograniczone sposoby komunikowania się*	
brak akceptacji choroby	
ograniczenia wynikające z sytuacji zwiększających ryzyko nasilenia choroby, z następstw przyjmowania leków.*	
Inne:	Proszę opisać jakie.

.....

.....

.....

.....

4. **Ograniczenia w zakresie możliwości udziału** dziecka/ucznia **w zajęciach z grupą** na poszczególnych przedmiotach lub zajęciach obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego ze wskazaniem, które zajęcia powinien uczeń realizować indywidualnie.

Zakres zajęć wychowania przedszkolnego/zajęć edukacyjnych (przedmioty szkolne) realizowanych:

- a) indywidualnie z dzieckiem/ucznikiem

.....

.....

.....

.....

b) wspólnie z oddziałem przedszkolnym/klasowym w placówce

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

Sprzęt specjalistyczny zalecany do wykorzystania podczas nauki ze względu na stan zdrowia dziecka.

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

Proponowane działania w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie dziecka/ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola lub szkoły?

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

5. **Okres objęcia** dziecka/ucznia indywidualizowaną ścieżką kształcenia:  
(nie dłuższy niż jeden rok szkolny)

data rozpoczęcia .....

data zakończenia .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)