

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

dotyczy wniosku o wydanie opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Podstawa prawna:

1. § 12 rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017r., poz. 1591)
2. § 13b rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad organizowania i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2013r., poz. 532 z późn.zm. oraz z 2017r. poz.1643)
3. § 4 ust. 1 Rozporządzenia MEN z dnia 1 lutego 2013r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013r., poz. 199 z późn.zm. oraz Dz. U. z 2017r. poz.1647)

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby

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

2. Wpływ 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 – *proszę podkreślić najważniejsze symptomy:*

- | | |
|--|--|
| - spadek koncentracji uwagi; | - zaburzenia pamięci; |
| - męczliwość psychofizyczna; | - obniżone tempo przyswajania materiału szkolnego; |
| - wolne tempo pracy; | - obniżona motywacja do wysiłku umysłowego; |
| - zaburzenia emocjonalne; | - dyskomfort fizyczny; |
| - nadmierna senność; | - podwyższony poziom lęku; |
| - apatia; | - obniżona wydolność umysłowa; |
| - zaburzenia w komunikacji społecznej; | - inne..... |
| - nadmierna impulsywność; | - |
| - znaczna absencja; | - |

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)