

.....
pieczętka placówki służby zdrowia

Data

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
o stanie zdrowia dziecka lub ucznia do wniosku rodzica/opiekuna prawnego o objęcie

- ☐ dziecka zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
- ☐ ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia: **PESEL:**

Adres zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

2. Opis wpływu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/ szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego/ zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem (*np. relacje rówieśnicze, sprawność fizyczna/ odporność psychofizyczna, zachowania opozycyjno-buntownicze, ograniczenia wynikające z przyjmowania leków, wpływ choroby na frekwencję szkolną*):

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

3. Proponowany okres objęcia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia:

.....

.....
podpis i pieczętka lekarza