

.....
(pieczęć instytucji)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

DO WYDANIA OPINII O ZINDYWIDUALIZOWANEJ ŚCIEŻCE KSZTAŁCENIA

dla

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(adres zamieszkania dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka oraz PESEL)

Stan zdrowia dziecka (w tym oznaczenie choroby zgodnie z ICD-10):

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

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole:

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

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych razem z grupą:

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

.....
(podpis i pieczęć lekarza)