

.....  
(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)