

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejscowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**o stanie zdrowia ucznia**  
**dla potrzeb wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**  
(rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 stycznia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020 r., poz.1280))

Imię i nazwisko .....ur. ....

Miejsce zamieszkania .....

Okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką – nie dłuższy jednak niż jeden rok szkolny (§ 12 ust. 6 pkt 2 w/w rozporządzenia)

.....

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole (§ 12 ust. 4 pkt 2 w/w rozporządzenia)

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

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym (§ 12 ust. 4 pkt 2 w/w rozporządzenia).

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

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)