

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka
dla potrzeb wydania opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki realizacji
obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
(rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z dnia 25 sierpnia 2017 r., poz. 1591)

Imię i nazwiskour.

Miejsce zamieszkania

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

.....

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu (§ 12 ust. 4 pkt 2)

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

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka w zajęciach wychowania przedszkolnego wspólnie z oddziałem przedszkolnym (§ 12 ust. 4 pkt 2).

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