



**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W ZWOLENIU**  
**ul. Kościuszki 39**  
**26-700 Zwolen**  
**telefon: 48 676 26 13**

**poradnia@zwolenpowiat.pl**  
**www.pppzwolen.pl**  
**REGON: 672894758**

.....  
pieczęć przychodni lekarskiej

.....  
miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNI**  
**na potrzeby Zespołu Orzekającego**  
**w celu objęcia dziecka zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego**  
**przygotowania przedszkolnego / zindywidualizowaną ścieżką kształcenia\***

*Podstawa prawna: § 12 ust. 4 pkt. 2) Rozporządzenia MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2017r., poz. 1591).*

**Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej**  
**na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

Imię i nazwisko dziecka / ucznia: .....

PESEL

Data i miejsce urodzenia: .....

Miejsce zamieszkania: .....

**1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego:**

.....

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

.....

(wskazanie rozpoznania współwystępującego z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą klasyfikacją ICD)

\*właściwe podkreślić

**2. Wpływ przebiegu 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 przedszkolnym / szkolnym\*:**

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

**3. Zakres, w jakim dziecko / uczeń\* nie może brać udziału w zajęciach wychowania przedszkolnego / zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym / szkolnym\*:**

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

**4. Uczeń / dziecko wymaga\*:**

- zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego;
- zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

w okresie (nie dłużej, niż rok szkolny).....  
(wpisać dokładną datę)

.....  
*pieczętka i podpis lekarza*

\*właściwe podkreślić