

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Do wydania opinii dotyczącej zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej

zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Imię i Nazwisko ur.

Nr PESEL.....

Miejsce zamieszkania

Rozpoznanie choroby zgodnie klasyfikacją ICD

.....
.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

Wynikające z choroby ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia

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

Zalecany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny

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

.....
(Miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)