

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejscowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI**

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chełmży  
dotyczące dziecka/ucznia ubiegającego się o zindywidualizowaną ścieżkę rocznego  
przygotowania przedszkolnego/zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia**

Podstawa prawna:

*Art. 47, ust. 1, pkt.5 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016r., Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2023r., poz. 900,1672 i 1718)*

*Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 09.08.2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2023 r. poz.1798)*

.....  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....  
(data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia)

.....  
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

### **ROZPOZNANIE**

**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego, będących przyczyną trudności w funkcjonowaniu dziecka/ucznia powodujących, że nie może ono/on realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem:**

.....  
.....  
.....  
.....  
**Przebieg choroby wskazujący na aktualne ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia powodujące, że nie może ono/on realizować części zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem:**

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)