

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubaczowie
w celu objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**

§ 12. Ust. 1. Rozporządzenia 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. 2020 r., poz. 1280)

Dotyczy objęcia dziecka/ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia
ze względu na stan zdrowia

Zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia są organizowane dla uczniów, którzy nie mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające w szczególności ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

Imię i nazwisko ucznia **ur.**

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Pesel

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (§, 6 ust. 5 pkt.2)

ICD

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

Okres objęcia dziecka/ ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny:

.....

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zajęcia edukacyjne, w których dziecko/uczeń **NIE MOŻE BRAĆ UDZIAŁU** wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym (ważne, proszę wymienić):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Inne istotne informacje dla organizacji nauczania (działania, jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie dziecka/ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola lub szkoły):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... dnia

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)

Zindywidualizowanej ścieżki nie organizuje się dla:

*1) uczniów objętych **kształceniem specjalnym** zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 19 pkt 2 (Dz. U. 2020 poz. 910 - Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe)*

*2) uczniów objętych **indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym albo indywidualnym nauczaniem** zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 127 ust. 20 ustawy.*