

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

dla potrzeb

Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Gorlicach

z Filią w Bieczu

..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(imię i nazwisko dziecka lub ucznia)

urodzonego W
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

zamieszkałego w
(adres)

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego:

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

2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole:

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

3. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*Wypełnia się dla dzieci, uczniów w celu wydania opinii o potrzebie objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną w formie zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zindywidualizowanej ścieżki kształcenia.