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

Pieczątka placówki służby zdrowia

lub lekarza pracującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

**…………………………………....**

Miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej Nr 2 w Łodzi**

**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. 2017 r., poz 1591)

**ze względu na stan zdrowia utrudniający realizację wszystkich zajęć rocznego przygotowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym.**

Zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia są organizowane dla uczniów, którzy 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 wspólni z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia** …………………………….……………………………..

**data urodzenia .............................................................................................................**

**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: **……………………………………………………………………………………………….**

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu lub ucznia w szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie   
z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………

(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. 2017.0.59- 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.