

.....
pieczęć przychodni lekarskiej

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia w celu wydania opinii w sprawie **objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia ***

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia i PESEL dziecka)

Rozpoznanie wg ICD 10

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

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:

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

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem szkolnym:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)