

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

dotyczy wniosku o wydanie opinii w sprawie zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zindywidualizowanej ścieżki kształcenia

Podstawa prawna:

Rozp. MEN z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2017 r. nr ; poz.)

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby (§ 12, ust. 5, punkt 2)

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

2. Wpływ choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym (§ 12, ust. 5, punkt 2) – *proszę podkreślić najważniejsze symptomy*

- | | |
|--|--|
| - spadek koncentracji uwagi; | - zaburzenia pamięci; |
| - męczliwość psychofizyczna; | - obniżone tempo przyswajania materiału szkolnego; |
| - wolne tempo pracy; | - obniżona motywacja do wysiłku umysłowego; |
| - zaburzenia emocjonalne; | - dyskomfort fizyczny; |
| - nadmierna senność; | - podwyższony poziom lęku; |
| - apatia; | - obniżona wydolność umysłowa; |
| - zaburzenia w komunikacji społecznej; | - inne..... |
| - nadmierna impulsywność; | |
| - znaczna absencja; | |

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)