

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejscowość, data)

Zaświadczenie lekarskie na okoliczność wnioskowania o:

**zindywidualizowaną ścieżkę realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
oraz zindywidualizowaną ścieżkę kształcenia**

zwaną „ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ”

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59, z późn. zm.)
2. Rozporządzenie MEN z dnia 09 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017 r. poz. 1591, z późn. zm.)
3. Rozporządzenie MEN z dnia 01 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 199, z późn. zm.)

Zgodnie z w/w rozporządzeniem - zindywidualizowana ścieżka realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz zindywidualizowana ścieżka kształcenia, zwana dalej „zindywidualizowaną ścieżką”, 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 wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i **wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.**

Dane ucznia:

Imię i nazwisko.....
Data urodzenia.PESEL.....
Adres zamieszkania:

1. **Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny** powodującej trudności w funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu lub szkole:
.....
.....

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:
.....
.....
.....

4. **Okres objęcia** ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny
.....

Podpis i pieczęć lekarza: