Pieczątka zakładu miejscowość, data
lub prywatnej praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Mławie**

**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 wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

**Dziecko/uczeń**

 ……………………….………………….ur.……..…………………w……………………..... (imię i nazwisko dziecka/ucznia

PESEL: …………………….Zamieszkały/a ……………………..…….…………………….

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 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:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Działania, jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających funkcjonowanie ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola lub szkoły:**

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

 ………………………………………………………

 (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.*