

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb wydania opinii w sprawie**  
**zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania**  
**przedszkolnego albo zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

**Podstawa prawna**

§ 12, ust. 4, punkt 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej 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. poz.1591 )

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

**Data i miejsce urodzenia** .....

**Miejsce zamieszkania** .....

**1. Rozpoznanie choroby:**

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

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

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| - 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;                   | .....   |

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* proszę zaznaczyć najważniejsze symptomy