

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

Prosimy o czytelne wypełnienie

## Informacja o stanie zdrowia dziecka/ucznia

(dotyczy wydania opinii o potrzebie zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zindywidualizowanej ścieżki kształcenia)

**Podstawa prawna:** rozporządzenie 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. z 2017r., poz. 1591).

Imię i nazwisko ..... ur. ....

PESEL

Miejsce zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego powodujące, że stan zdrowia dziecka/ucznia wymaga zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub zindywidualizowanej ścieżki kształcenia:

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

2. Wpływ przebiegu choroby lub innego problemu zdrowotnego na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole:

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

3. Ograniczenia wynikające z przebiegu choroby lub innego problemu zdrowotnego w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)