

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA
w celu objęcia go zindywidualizowaną ścieżką
realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
lub zindywidualizowaną ścieżką kształcenia*

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

ze względu na stan zdrowia dziecko/uczeń wymaga objęcia go zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego / zindywidualizowaną ścieżką kształcenia *

TAK*

NIE*

Dziecko/uczeń nie może realizować wszystkich zajęć wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym w okresie (nie dłuższym niż rok szkolny):

.....
Rozpoznanie:

.....
Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:

.....
Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*właściwe podkreślić