**Zaświadczenie o stanie zdrowia**

- *dotyczy udzielenia uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej w formie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia ( ze względu na stan zdrowia)*

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

**/ *imię i nazwisko dziecka lub ucznia /***

*………………………………………. ……………………………………… PESEL ………………………………………………...*

 ***/data urodzenia / / miejsce urodzenia /***

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

***/ adres zamieszkania /***

1. ***Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD )***

*…………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………...……………………*

*………………………………………………………………………………………………………*

1. ***Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole:***

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

1. ***Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie
z oddziałem szkolnym (max. ilość godzin, które uczeń może realizować w zespole klasowym):***

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

 …………………………………………………………………………………..

*/ pieczątka i podpis lekarza*

***Podstawa prawna :***

*par. 12 pkt. 4 ust.2 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 09 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U z dn. 25 sierpnia 2017r.,poz.1591)*