Pieczątka placówki wydającej zaświadczenie

Data sporządzenia zaświadczenia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w celu wydania opinii o potrzebie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Chorzowie

/Na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 09 sierpnia 2017r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2017, poz. 1591)/

1. Imię i nazwisko pacjenta .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres zamieszkania.....
4. **Diagnoza lekarska i planowany przebieg leczenia:**

.....

.....

.....

.....

.....

5. **Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....