

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**DLA POTRZEB PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W CELU WYDANIA OPINII W SPRAWIE
OBJĘCIA UCZNIĄ ZINDYWDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ KSZTAŁCENIA**

Imię i nazwisko ucznia.....

Data i miejsce urodzenia

Rozpoznanie choroby.....

.....

.....

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w szkole

.....

.....

.....

.....

.....

**Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem
w szkole.....**

.....

.....

.....

.....
/Data, pieczęć i podpis lekarza/