

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **o stanie zdrowia dziecka/ucznia**

Dokument dla potrzeb Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Płocku

w sprawie (właściwe podkreślić):

1. Zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego.
2. Zindywidualizowanej ścieżki kształcenia.

.....
(imię/imiona i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(PESEL)

.....
(dokładny adres zamieszkania)

Informacje lekarza o dziecku:

1. Choroba główna oraz choroby współwystępujące:

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

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

3. Przyjmowane leki oraz informacja, czy mogą one wpływać i w jaki sposób na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu/szkole:

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

4. Ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych:

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

Dziękujemy za szczegółowo udzielone informacje.

.....

(pieczętka i podpis lekarza)