* Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Opocznie*

*ul. Armii Krajowej 2, 26-300 Opoczno*

*tel./fax. 44/741-64-62; sekretariat@pppopoczno.pl*

*http://www.pppopoczno.4bip.pl*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb**

**Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Opocznie**

do celów wydania opinii dotyczącej :

1. zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
2. zindywidualizowanej ścieżki kształcenia (Dziennik Ustaw z 2017, poz. 1591) ˡ

Imię i nazwisko **……………………………………………….…………..……** ur**. …………….….......…………….**

Miejsce urodzenia dziecka **………………………………….……………..……….………....………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr PESEL (dziecka)

Miejsce zamieszkania **…………………………………………………..………………………………………...…….**

Pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej (jakiej?) **...…………………….……………….…………..…...……...**

**………………………………………………………………….………………....…**od **………….……………….…...**

**1. Stan zdrowia - choroba główna i choroby współwystępujące:**

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

**2. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu / szkole: ˡ(w tym ograniczenia wynikające z choroby)**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [pieczęć nagłówkowa) (miejscowość, data] [pieczątka i podpis lekarza]

**ˡ właściwe podkreślić**