

.....  
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....  
miejsowość, data wystawienia zaświadczenia

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia**  
**wydane dla potrzeb Publicznej Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej „Słoneczna**  
**Kraina” w Cieszynie**

(załącznik do wniosku o wydanie opinii o udzieleniu pomocy w postaci zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej)

*(Wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)*

**Imię i nazwisko dziecka/ucznia:** .....

**Data i miejsce urodzenia:** .....

**Adres zamieszkania:** .....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego:

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

2. Przewidywany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką edukacyjną, nie dłuższy niż 1 rok szkolny,

.....

3. Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym

.....

.....

.....

.....

.....  
podpis i pieczęć lekarza

Publiczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Słoneczna Kraina

Centrala Cieszyn  
43-400 Cieszyn, ul. Bielska 64

Filia Skoczów  
43-430 Skoczów ul. Kościelna 6

Filia Jaworzynka  
43-476 Jaworzynka 657

telefon: +48 697 697 947  
mail: sekretariat@slonecznaporadnia.pl