

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIĄ
CELEM OBJĘCIA ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ
obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego/kształcenia w szkole ***

dla potrzeb Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Brodnicy ul. Kochanowskiego 2,

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD-10.....

.....

Od kiedy jest leczone, zastosowane metody leczenia, terapii, systematyczność leczenia,
rokowania

.....

.....

.....

.....

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole

.....

.....

.....

.....

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału dziecka/ucznia w zajęciach wychowania
przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub
szkolnym

.....

.....

.....

.....

Działania jakie powinny być podjęte w celu usunięcia barier i ograniczeń utrudniających
funkcjonowanie dziecka/ucznia i jego uczestnictwo w życiu przedszkola/szkoły

.....

.....

.....

.....

.....

OKRES OBJĘCIA DZIECKA/UCZNIĄ ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ

(nie dłużej jednak niż rok szkolny) od..... do

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

* podkreślić odpowiednie