

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNI  
w celu objęcia go zindywidualizowaną ścieżką  
realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego  
lub zindywidualizowaną ścieżką kształcenia\***

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(adres zamieszkania)

**ze względu na stan zdrowia dziecko/uczeń wymaga objęcia go zindywidualizowaną ścieżką realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego / zindywidualizowaną ścieżką kształcenia \***

**TAK\***

**NIE\***

**Dziecko/uczeń nie może realizować wszystkich zajęć wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym w okresie (nie dłuższym niż rok szkolny):**

.....

**Rozpoznanie:**

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

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

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

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

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

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*właściwe podkreślić