



PPP MILÓWKA

## PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA

34 – 360 Milówka, ul. Dworcowa 17

tel./fax 33 864 21 25

[www.poradniamilowka.pl](http://www.poradniamilowka.pl)

e-mail: [pppmilowka@interia.pl](mailto:pppmilowka@interia.pl)

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIA**

wydane na potrzeby Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Milówce  
dotyczące dziecka/ ucznia ubiegającego się o **indywidualizowaną ścieżkę kształcenia**

#### **Podstawa prawna:**

- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. 2017 r. poz. 59 i 949), art. 47 ust. 1 pkt 5.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 199, z późn. zm.).

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

**Data urodzenia**..... **Miejsce urodzenia**.....

**PESEL** .....

**Miejsce zamieszkania**.....

**Rozpoznanie: opis stanu zdrowia dziecka/ucznia – rozpoznanie choroby, oznaczenie alfanumeryczne wg ICD**

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

**Opis ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikający z rozpoznania i powodujący, że dziecko/uczeń nie może realizować części zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym/szkolnym:**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis lekarza specjalisty)