



Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Opcznie  
ul. Armii Krajowej 2, 26-300 Opczno  
tel./fax. 44/741-64-62; sekretariat@pppoczno.pl  
<http://www.pppoczno.4bip.pl>

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb  
Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Opcznie**

do celów wydania opinii dotyczącej :

- a) zindywidualizowanej ścieżki realizacji obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego
- b) zindywidualizowanej ścieżki kształcenia (Dziennik Ustaw z 2017, poz. 1591) <sup>1</sup>

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: <sup>1</sup>(w tym ograniczenia wynikające z choroby)**

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

\_\_\_\_\_  
[pieczęć nagłówkowa]

\_\_\_\_\_  
[miejscowość, data]

\_\_\_\_\_  
[pieczętka i podpis lekarza]

<sup>1</sup> właściwe podkreślić