**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Rypinie, ul. Mławska 54A, 87-500 Rypin**

**Tel.** [**54 280 50 48**](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=poradnia%20rypin&tbs=lf:1,lf_ui:2&tbm=lcl&sxsrf=ALeKk00qycSo4Al80G9f3KAyOcaJ0yAfGQ:1615658936519&rflfq=1&num=10&rldimm=11588314876882625670&lqi=Cg5wb3JhZG5pYSByeXBpbloaCghwb3JhZG5pYSIOcG9yYWRuaWEgcnlwaW6SAQ5tZWRpY2FsX2NsaW5pY6oBEBABKgwiCHBvcmFkbmlhKAs&ved=2ahUKEwi95fTH7q3vAhXNvosKHSaoBQoQvS4wBXoECAQQLg&rlst=f)**, 524 472 805, e-mail:** **sekretariat@ppprypin.pl**

………………………………

pieczęć placówki medycznej

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

#  **CELEM OBJĘCIA ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ**

**obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego / kształcenia w szkole \***

**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rypinie, ul. Mławska 54A,**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia ……………………………………………………………….................

Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………...

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) będących przyczyną trudności w funkcjonowaniu dziecka / ucznia powodujących, że nie może on/ono realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem

……..……………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………................

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

ICD - ……………………………………………………………………………………………………..

Od kiedy jest leczone i jakie są rokowania…………………………………………………….................

…………………………………………………………………………………………………..………..…………………………………………………………………………………………............................

……………………………………………………………………………………………………………

Leczenie farmakologiczne (przyjmowane leki): …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...……….……………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………………

Aktualne ograniczenia w funkcjonowaniu powodujące, że dziecko / uczeń nie może realizować części zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem ………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………................

…………………………………………………………………………………………………................

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

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/UCZNIA ZINDYWIDUALIZOWANĄ ŚCIEŻKĄ**

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

……………………………….. …………………………….

 *(miejscowość i data) (pieczątka i podpis lekarza)*

*\* podkreślić odpowiednie*