…..... .....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej) (miejscowość, data)

Zaświadczenie o stanie zdrowia ucznia

(zindywidualizowana ścieżka kształcenia)

.....
(imię i nazwisko ucznia)

..... ……..
(data i miejsce urodzenia) (PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

I. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

1. **Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego:

   .....

   .....

2. **Ograniczenia w funkcjonowaniu** ucznia wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego:

   .....

   .....

   .....

3. **Choroby współistniejące**:

   .....

II. Zalecenia lekarskie:

1. **Czy uczeń wymaga zindywidualizowanej ścieżki kształcenia** (właściwe zaznaczyć).

   Tak **Nie**

2. **Zalecane działania** ułatwiające funkcjonowanie w szkole:

   .....

   .....

   .....

.....
(pieczątka, podpis lekarza)

Klauzula przetwarzania danych osobowych udostępniona jest na stronie www.ppp3edugdynia.pl w zakładce RODO.