



(pieczęć placówki medycznej)

Poznań, dn. ....  
(Miejscowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA ZESPOŁU PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNYCH NR 2

**na potrzeby wydania opinii w sprawie objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną w formie zindywidualizowanej ścieżki realizacji rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego /zindywidualizowanej ścieżki kształcenia**

**Podstawa prawna:**

Rozp. MEN z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017 r., poz. 1591).

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

**1. Rozpoznanie choroby (§ 12, ust. 5, punkt 2)**

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

**2. Wpływ choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu lub szkole oraz ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęciach edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym (§ 12, ust. 5, punkt 2) – proszę podkreślić najważniejsze symptomy:**

- |  |  |
|--|--|
| – spadek koncentracji uwagi;           | – zaburzenia pamięci;                              |
| – męczliwość psychofizyczna;           | – obniżone tempo przyswajania materiału szkolnego; |
| – wolne tempo pracy;                   | – obniżona motywacja do wysiłku umysłowego;        |
| – zaburzenia emocjonalne;              | – dyskomfort fizyczny;                             |
| – nadmierna senność;                   | – podwyższony poziom lęku;                         |
| – apatia;                              | – obniżona wydolność umysłowa;                     |
| – zaburzenia w komunikacji społecznej; | – inne .....                                       |
| – nadmierna impulsywność;              | .....  |
| – znaczna absencja;                    | .....  |
|  | .....  |

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęćka i podpis lekarza)