

(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

### do wydania opinii dotyczącej zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej

na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017, poz.1743)

zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Imię i nazwisko ..... ur. ....

Nr PESEL .....

Miejsce zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zgodnie z klasyfikacją ICD:

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

Wynikające z choroby lub procesu terapeutycznego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia:

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

Zalecany zakres zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych w ramach zindywidualizowanej ścieżki edukacyjnej:

1. Wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym

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

2. indywidualnie z uczniem

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

Zalecany okres objęcia ucznia zindywidualizowaną ścieżką, nie dłuższy jednak niż rok szkolny

.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

....., dnia ..... r.  
( Miejsowość, data )

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Poradnię Psychologiczno- Pedagogiczną nr 3, ul. Felińskiego 15, 01-513 Warszawa, w celu realizacji zadań diagnostyczno-terapeutyczno-doradczych. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informuję, że Administratorem danych osobowych wskazanych we wniosku jest Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 3. Administrator informuje, że dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości korzystania z usług Poradni. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych 679/2016 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

....., dnia ..... r.

( Miejscowość, data)

.....

(podpis rodzica)