

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka

wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego

Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koziencich

o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

PESEL dziecka

1. Określenie niepełnosprawności dziecka (właściwe podkreślić):

a) niesłyszące

b) słabosłyszące

c) niewidzące

d) słabowidzące

e) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją

f) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim

g) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym

h) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym

i) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera

2. Choroba główna oraz choroby współwystępujące:

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

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

4. Uzasadnienie - wskazanie faktów oraz przyczyn, z powodu których zachodzi potrzeba wspomaganie rozwoju dziecka:

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

.....

(pieczętka i podpis lekarza)