

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość, 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):

1) niepełnosprawność dziecka lub ucznia (właściwe podkreślić):

a) niesłyszące

b) słabosłyszące

c) niewidzące

d) słabowidzące

e) niepełnosprawne ruchowo

f) zaburzenia mowy o typie afazji

g) z autyzmem

h) z zespołem Aspergera

i) inne (jakie).....

2.Symbol niepełnosprawności według ICD-10:

.....

3. Choroba główna oraz choroby współwystępujące:

.....

.....

.....

.....

4. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

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

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

.....

(pieczęć i podpis lekarza)