

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej/
lekarza praktykującego indywidualnie)

.....
(nr identyfikacyjny REGON)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DOTYCZY PRYZNANIA WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

Podstawa prawna: Rozporządzenie 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. 2023 poz. 2061)

A. INFORMACJE O DZIECKU:

Imię i nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	
Adres zamieszkania:	

B. TREŚĆ ZAŚWIADCZENIA

Niepełnosprawność dziecka z uwagi na :

- słabe widzenie, dziecko niewidzące
- słabe słyszenie, dziecko niesłyszące
- autyzm, w tym zespół Aspergera
- niepełnosprawność ruchowa, w tym afazja

Ze względu na trudności rozwojowe :

Diagnoza (choroba główna i choroby współwystępujące, leczenie, rokowania) :

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

Określenie specyficznych warunków realizacji potrzeb i stymulacji rozwoju dziecka (w tym rodzaje terapii i rehabilitacji):

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

C. PODPIS

.....
(pieczętka i podpis lekarza prowadzącego badanie)