

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb zespołu orzekającego
ds. opiniowania wczesnego wspomaganie rozwoju

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku, w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
data i miejsce urodzenia

.....
PESEL

.....
miejsce zamieszkania

Rozpoznanie choroby wraz z oznaczeniem ICD:

Choroba główna, choroby współwystępujące

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

UZASADNIENIE

*Dziecko wymaga objęcia terapią w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju z uwagi na **niepełnosprawność***

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

(proszę wpisać rodzaj niepełnosprawności lub symbol przyczyny niepełnosprawności)

(rozporządzenie Ministra edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju, § 1)

Zalecenia lekarskie

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

(proszę wpisać rodzaj terapii zalecanej przez lekarza ewentualnie zalecane warunki realizacji wczesnego wspomagania rozwoju)

Uwagi:

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

.....
(Miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)