

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
w związku z ubieganiem się o opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka

.....
Imię i nazwisko dziecka ,data i miejsce urodzenia, PESEL

.....
adres zamieszkania

1. Rozpoznanie zgodnie z diagnostyką DSMV,ICD 10, ICF:

.....
.....

Choroby współistniejące:.....

.....

2. Informacje na temat przebiegu i objawów choroby uzasadniające potrzebę włączenia zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka:

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

3. Czy dziecko ma stwierdzoną niepełnosprawność (symbol niepełnosprawności).

TAK / NIE

4. Uwagi, zalecenia.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)