(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

. . . . . ., dnia . . . . . r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy objęcia **wczesnym wspomaganiem rozwoju dziecka:**

. . . . . |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(imię i nazwisko) (PESEL)

urodzonego . . . . . w . . . . . ,
(data) (miejscowość)

zamieszkałego w . . . . . ,
(adres)

Rozpoznanie: (diagnoza i symbol niepełnosprawności)

Symbol ICD 10

.....

Choroby współwystępujące:

.....

.....

Informacje na temat przebiegu i objawów choroby oraz dotychczasowego leczenia (ważne z punktu widzenia funkcjonowania dziecka uzasadniające potrzebę objęcia wczesnym wspomaganiem rozwoju):

.....

.....

.....

Uwagi/zalecenia (wskazany obszar oddziaływania terapeutycznego – właściwe podkreślić):

- Rozwój ruchowy
- Rozwój mowy i komunikacji
- Rozwój poznawczy
- Rozwój emocjonalno-społeczny
- Inny: …….....

. . . . . .
(pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie)

Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna dla Dzieci i Młodzieży
ze Specjalnymi Potrzebami Rozwojowymi i Edukacyjnymi w Białymstoku
15-349 Białystok, ul. Witolda Sławińskiego 12, tel. kom. 792 200 004