/pieczęć placówki medycznej /

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb zespołu orzekającego
ds. opiniowania wczesnego wspomagania rozwoju
działającego na podstawie
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

PESEL dziecka / seria i nr dok. tożsamości

(imię/imiona i nazwisko dziecka)

(data i miejsce urodzenia dziecka)

(miejsce zamieszkania dziecka: kod pocztowy, miasto, osiedle, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Rozpoznanie choroby wraz oznaczeniem ICD: ….....

choroba główna, choroby współwystępujące

….....
….....
.....
….....
….....
.....
….....
….....
.....

UZASADNIENIE

Dziecko wymaga objęcia terapią w ramach wczesnego wspomagania rozwoju z uwagi na ***niepełnosprawność***
……
……
……
……
(proszę wpisać rodzaj niepełnosprawności lub symbol przyczyny niepełnosprawności)

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

Zalecenia lekarskie

…….....
…….....
.....
…….....
…….....
.....

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

Uwagi:

…….....
…….....
.....
…….....
…….....
.....

……..... …….....
(miejscowość, data) (podpis i pieczęć lekarza)