(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej) *(miejscowość, data)*

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA

o stanie zdrowia dziecka w związku z wnioskiem rodziców o wydanie

OPINII O WCZESNYM WSPOMAGANIU ROZWOJU DZIECKA

kierowane do Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej

w …….

…….. ……
(imię i nazwisko dziecka/ucznia) *(data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia)*

.....
(adres zamieszkania)

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:

……
……
……

Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną dotyczącą niepełnosprawności *(data):*

……
……
……

Przebieg leczenia i rokowanie *(zabiegi, operacje, podawane leki mające wpływ na proces uczenia się, uzasadniające wspomaganie rozwoju dziecka):*

……
……
……

Wskazania:

……
……
…….

_____
(pieczątka i podpis lekarza)