

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć zakładu)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
wskazujące na konieczność realizacji wczesnego wspomaganie rozwoju

/wydaje się na potrzeby zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, w oparciu o Rozp. MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z dnia 14.09.2017 r., poz. 1743)/

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1. Stan zdrowia dziecka, choroba główna oraz choroby współwystępujące (rozpoznanie choroby z oznaczeniem ICD):

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

2. Wyżej wymienione schorzenie jest podstawą do objęcia dziecka wczesnym wspomaganie rozwoju ze względu na niepełnosprawność*:

- słabe słyszenie/niesłyszenie
- słabe widzenie/niewidzenie
- niepełnosprawność ruchowa w tym afazja
- spektrum autyzmu, zespół Aspergera

3. Bariery i ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka wynikające z niepełnosprawności:

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

.....
podpis i pieczęć lekarza

* właściwe podkreślić