

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka dla zespołu opiniującego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Olkuszu
w związku z ubieganiem się o wydanie Opinii o Wczesnym Wspomaganiu Rozwoju Dziecka

Imię i Nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL dziecka.....

I Rozpoznanie:.....

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

II Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:.....

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

III Konieczny udział w zajęciach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w obszarze
(właściwe podkreślić)

- | | |
|---|---|
| - rozwoju motorycznego | - stymulacji polisensorycznej |
| - rozwoju mowy i języka | - orientacji i poruszania się w przestrzeni |
| - usprawniania widzenia, | -usprawniania słuchu |
| - umiejętności samoobsługi i funkcjonowania
w środowisku | - społeczno-emocjonalnym |
| - rehabilitacji ruchowej | - komunikacji z otoczeniem
i funkcjonowania w relacjach z innymi |
| - innym..... | |

(miejscowość, data)

(pieczęć i podpis lekarza)