

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb zespołu orzekającego Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Rydzyna, Plac Zamkowy 2

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez Zespoły Orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. Nr 173 poz. 1072 z późniejszymi zmianami)

Dotyczy wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju

Imię i Nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

1. Stwierdzenie czy dziecko wymaga stymulacji rozwoju w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dzieci niepełnosprawnych (proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź)

TAK

NIE

2. Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że dziecko wymaga stymulacji rozwoju w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dzieci niepełnosprawnych

Choroba główna

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania

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

Choroby współwystępujące

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

3. Zalecane formy usprawniania:

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza