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

(pieczątka zakładu) (miejscowość, data)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka**

# dla celów kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” wczesnego wspomagania rozwoju dziecka i jego rodziny od momentu wykrycia niepełnosprawności

**lub zagrożenia niepełnosprawnością**

1. **Dane dziecka lub ucznia:**

1. Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………

2. Data i miejsce urodzenia........................................................................................................

3. Adres zamieszkania................................................................................................................

# Rozpoznanie choroby (zgodnie z klasyfikacją ICD-10) lub innego problemu zdrowotnego:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

# Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka wynikające z rozpoznanej choroby lub problemu zdrowotnego, potrzeba wczesnego wspomagania rozwoju:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

(pieczęć i podpis lekarza)