

.....
(pieczęć zakładu)

.....
(miejsowość, data)

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka

dla celów kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny od momentu wykrycia niepełnosprawności lub zagrożenia niepełnosprawnością

I. Dane dziecka lub ucznia:

1. Imię i nazwisko

2. Data i miejsce urodzenia.....

3. Adres zamieszkania.....

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

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

III. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka wynikające z rozpoznanej choroby lub problemu zdrowotnego, potrzeba wczesnego wspomaganie rozwoju:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)