**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego

Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej

w związku z ubieganiem się

o opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

Imię i nazwisko........................................................................................................

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

PESEL.....................................................................................................................

STWIERDZA SIĘ WYSTĘPOWANIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ZGODNIE

Z DIAGNOSTYKĄ ICD – 10 (diagnoza i symbol niepełnosprawności)

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

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

Kiedy wykryto niepełnosprawność……………………………………...................

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

Rokowania, wpływ rozpoznanej niepełnosprawności na rozwój poznawczy, ruchowy, zmysłowy wzroku, słuchu oraz koniecznością włączenia farmakoterapii.

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

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

Zachodzi potrzeba zorganizowania zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, ze względu na :

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

Miejsce i data podpis lekarza