

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni  
w związku z ubieganiem się  
o opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie 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 wspomaganie rozwoju  
dziecka, ze względu na :

.....

Miejsce i data

.....

podpis lekarza