

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb zespołu opiniującego

Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej KONWALIOWA

w związku z ubieganiem się o opinię o wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Stwierdza się występowanie niepełnosprawności zgodnie z diagnostyką ICD 10 lub DSM IV
(diagnoza i symbol niepełnosprawności).....

.....

.....

.....

.....

.....

Zachodzi potrzeba zorganizowania zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

.....

data

.....

pieczęćka i podpis lekarza