

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Płońsku
o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Określenie niepełnosprawności dziecka (właściwe podkreślić):

- a) niesłyszące
- b) słabosłyszące
- c) niewidzące
- d) słabowidzące
- e) niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- f) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim
- g) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym
- h) niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym
- i) z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera

2. Choroba główna oraz choroby współwystępujące:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

.....

.....

.....

.....

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

4. **Uzasadnienie** - wskazanie **faktów** oraz **przyczyn**, z powodu których zachodzi potrzeba wspomagania rozwoju dziecka:

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)