

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DLA POTRZEB WIODĄCEGO OŚRODKA KOORDYNACYJNO –
REHABILITACYJNO – OPIEKUŃCZEGO
DZIAŁAJĄCEGO PRZY PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ
W SŁUPSKU
realizującego Program „Za życiem”

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Miejsce zamieszkania

Stwierdzam trudności rozwojowe powodujące zagrożenie niepełnosprawnością (podejrzenie choroby genetycznej, metabolicznej, innych zaburzeń rozwojowych).

ROZPOZNANIE (zgodnie z klasyfikacją ICD-10)

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

Stwierdzam niepełnosprawność dziecka.

ROZPOZNANIE (zgodnie z klasyfikacją ICD-10):

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

Wskazane jest, aby dziecko korzystało z zajęć specjalistycznych wspomagających rozwój, organizowanych w ramach Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego realizowanego przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną w Słupsku.

Słupsk, dnia

.....
podpis i pieczęć lekarza