

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA
(załącznik do wniosku o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju)

PESEL dziecka/ucznia:

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

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

1. Rozpoznanie niepełnosprawności:

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

Choroby współistniejące :

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

2. Informacje na temat niepełnosprawności oraz dotychczasowego leczenia uzasadniające potrzebę objęcia dziecka zajęciami wczesnego wspomaganie rozwoju:

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

3. Przyjmowanie leków mających wpływ na funkcjonowanie:

.....
.....

4. Uwagi/zalecenia:

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

.....
pieczęć i podpis lekarza