

.....
(pieczęć zakładu)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wskazujące na konieczność realizacji **wczesnego wspomagania rozwoju**

wydaje się na potrzeby zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej,
w oparciu o Rozporządzenie MEN z dn. 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii
wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych
(Dz.U. z dn. 14. 09.2017 r. , poz. 1743)/

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:

1. Opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących :

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

2. Potrzebne wsparcie medyczne, rehabilitacyjne i terapeutyczne:

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

3. Zalecany okres w jakim zachodzi potrzeba Wczesnego Wspomagania Rozwoju
Dziecka:

.....

4. Wyżej wymienione schorzenie jest podstawą do objęcia dziecka wczesnym
wspomaganiem rozwoju ze względu na stwierdzoną **niepełnosprawność**.

.....
podpis i pieczęć lekarza