

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego

w związku z ubieganiem się

o opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka

*(podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń
i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych**: tekst jednolity Dz. U. z 2023 r., poz. 2061)*

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………….. ……………………………………..

PESEL………………………………………………………………………………………………………………………………..

STWIERDZA SIĘ WYSTĘPOWANIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ZGODNIE

Z DIAGNOSTKĄ ICD – 10 (diagnoza i symbol niepełnosprawności)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zachodzi potrzeba zorganizowania zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka.

…………………………… ……………………………….

 miejscowość i data pieczątka i podpis lekarza