

.....
pieczęć zakładu

**Zaświadczenie lekarskie
dla potrzeb kwalifikacji dziecka do objęcia wczesnym wspomaganie rozwoju
w ramach programu „ Za życiem ”**

1. Dane osobowe dziecka

Nazwisko i imię dziecka:

Data i miejsce urodzenia:

Nr PESEL:

2. Diagnoza medyczna (choroby główne i współwystępujące wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10):

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

3. Rodzaj niepełnosprawności dziecka lub zagrożenie wystąpienia niepełnosprawności (właściwe podkreślić):

- niesłyszące
- słabosłyszące
- niedowidzące
- słabowidzące
- niepełnosprawne ruchowo, w ty z afazją
- niepełnosprawne intelektualnie (stopień)
- z autyzmem, w tym Zespół Aspergera
- z opóźnionym rozwojem psychoruchowym
- z niepełnosprawnością sprzężoną (wskazać współwystępujące niepełnosprawności)

.....
▪ zagrożenie wystąpieniem innej niepełnosprawności
.....

4. Dziecko znajduje się pod opieką poradni specjalistycznych (należy wymienić jakich i od kiedy?)

.....
.....

5. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności (właściwe podkreślić)

Tak (do kiedy?) **Nie**

.....
Miejscowość, data

.....
pieczęćka i podpis lekarza