

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chorzowie
w celu wydania opinii o potrzebie
WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA

1. Imię i nazwisko.....
2. Data urodzenia.....

STAN ZDROWIA DZIECKA (wypełnia czytelnie lekarz)

3. DIAGNOZA MEDYCZNA

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

4. OPIS ZDIAGNOZOWANYCH ZABURZEŃ I DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA

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

5. OKREŚLENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA ma wprost wynikać ze wskazanej powyżej w pkt 1 diagnozy medycznej (konieczne podkreślenie przez lekarza)

- A. autyzm
- B. zespół Aspergera
- C. afazja
- D. niesłyszenie
- E. słabosłyszenie
- F. niewidzenie
- G. słabowidzenie
- H. niepełnosprawność ruchowa

6. WPŁYW WW. NA FUNKCJONOWANIE EDUKACYJNE DZIECKA

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