

pieczęć zakładu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla potrzeb Zespołu Szkół Specjalnych nr 1 w Świeciu
w celu kwalifikacji dziecka do objęcia wczesnym wspomaganie rozwoju
w ramach Programu „Za życiem”

1. Dane osobowe dziecka:

Nazwisko i imię dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Numer PESEL

Adres zamieszkania dziecka

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
- słabo słyszające
- niewidzące
- słabo widzące
- niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- niepełnosprawne intelektualnie (*stopień*)
- z autyzmem, w tym z zespołem 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 (*od kiedy?*)

Nie

.....
pieczęć i podpis lekarza