

pieczętka placówki medycznej

miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w celu przystąpienia dziecka do rządowego Programu „Za życiem” w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Nowym Sączu

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:

ROZPOZNANIE MEDYCZNE (zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób).....

.....

OPIS TRUDNOŚCI ROZWOJOWYCH DZIECKA POWODUJĄCYCH ZAGROŻENIE

NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

-w zakresie rozwoju mowy i komunikacji

.....

-w zakresie dużej motoryki

.....

-w zakresie małej motoryki

.....

-w zakresie funkcji poznawczych

.....

-w zakresie funkcji słuchowych

.....

-w zakresie funkcji wzrokowych

.....

-w zakresie trudności sensorycznych

.....

-w zakresie emocji

.....

pieczętka, podpis lekarza