Poradnia 16
psychologiczno-pedagogiczna

*Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna nr 16*
*04 - 393 Warszawa, ul. Siennicka 40*
*tel. 22 610 - 21 - 32*

..... .....
/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej /miejscowość, data/
lub prywatnej praktyki/

**Zaświadczenie lekarza o stanie zdrowia dziecka**
**ubiegającego się o opinię o potrzebie Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka**

zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji, w dziedzinie medycyny odpowiednio:

a) w przypadku niewidzenia albo słabego widzenia – okulisty,
b) w przypadku niesłyszenia albo słabego słyszenia – audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii,
c) w przypadku niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji – neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej,
d) w przypadku autyzmu, w tym zespołu Aspergera – psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii;

*zaświadczenie może wydać lekarz w trakcie specjalizacji udzielający dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*;

..... .....
/imię i nazwisko dziecka/ /imiona rodziców/

..... .....
/data urodzenia, PESEL/ /miejsce urodzenia/

.....
/adres zamieszkania/

1. Rozpoznanie:

Stwierdza się występowanie niepełnosprawności u dziecka: niesłyszące/słabosłyszące, niewidzące/słabowidzące, niepełnosprawne ruchowo w tym z afazją, niepełnosprawne intelektualnie, z autyzmen, w tym z zespołem Aspergera

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

Inne problemy zdrowotne stanowiące ograniczenia rozwojowe:

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

2. Od kiedy dziecko jest pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie

   Data : .....

3. Opis funkcjonowania dziecka z niepełnosprawnością, przebieg leczenia, rehabilitacji: (od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną, ocena wyników leczenia, rehabilitacji, rokowania, w tym możliwości poprawy i warunków niezbędnych do jej osiągnięcia i inne).

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

.....
/pieczątka i podpis lekarza/