

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....

ZGODNIE Z DIAGNOSTYKĄ DSM IV LUB ICD 10 STWIERDZA SIĘ

(diagnoza i symbol):

•Zaburzenia rozwoju psychoruchowego.....

•Zaburzenia rozwoju mowy.....

•Zaburzenia słuchu.....

•Zaburzenia wzroku.....

•Zaburzenia emocjonalne.....

•Inne.....

.....

.....

.....

Zachodzi potrzeba zorganizowania zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka.

.....
miejscowość i data

.....
podpis lekarza