# ………………………………… …………………………………

**(pieczątka placówki służby zdrowia)** (miejscowość, data)

Zaświadczenie lekarskie wskazujące na konieczność realizacji WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

wydaje się na potrzeby zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, w oparciu

o Rozporządzenie MEN z dn. 07.09.2017 r. oraz z dn. 30.11.2021 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.z2021, poz.2294)

**Imię i nazwisko dziecka:** …………………………………………………………………………………..…………………

# Data urodzenia: ……………………………………………… PESEL**:** …………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………..……….

1. Opis stanu zdrowia, **rozpoznanie choroby** zasadniczej i chorób współistniejących (wg. ICD) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Potrzebne wsparcie** medyczne, rehabilitacyjne i terapeutyczne :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………

…………………………………………………………………………...…………………………….…………………………………………..

1. **Zalecany okres** w jakim zachodzi potrzeba wczesnego wspomagania rozwoju dziecka:

………………………………………………………………………………………………………………….………………………………...

1. Wymienione schorzenie jest podstawą do objęcia dziecka wczesnym wspomaganiem rozwoju ze względu na stwierdzoną niepełnosprawność. Rodzaj niepełnosprawności **(podkreślić właściwe)**:
	* niesłyszące
	* słabosłyszące
	* niewidzące
	* słabowidzące
	* niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
	* niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim
	* niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym
	* niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym
	* z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera
	* z niepełnosprawnością sprzężoną (należy wskazać 2 z powyższych): …………………………………………..

………………………………… (**podpis i pieczęć lekarza)**