…………………………………………………………………..

pieczęć zakładu

**Zaświadczenie lekarskie
dla potrzeb kwalifikacji dziecka do objęcia wczesnym wspomaganiem rozwoju
w ramach programu „ Za życiem ”**

1. **Dane osobowe dziecka**

Nazwisko i imię dziecka: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Diagnoza medyczna** (choroby główne i współwystępujące wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10):

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

1. **Rodzaj niepełnosprawności dziecka lub zagrożenie wystąpienia niepełnosprawności** (właściwe podkreślić):
* niesłyszące
* słabosłyszące
* niedowidzące
* słabowidzące
* niepełnosprawne ruchowo, w ty z afazją
* niepełnosprawne intelektualnie (stopień)
* z autyzmem, w tym Zespół Aspergera
* z opóźnionym rozwojem psychoruchowym
* z niepełnosprawnością sprzężoną (wskazać współwystępujące niepełnosprawności) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…
* zagrożenie wystąpieniem innej niepełnosprawności ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
1. Dziecko znajduje się pod opieką poradni specjalistycznych (należy wymienić jakich i od kiedy?) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności (właściwe podkreślić)

**Tak** (do kiedy? ) …………………………… **Nie**

………………………………………………………. ……………………………………………………………….
Miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza