

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA POTRZEB
PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TURKU
w celu kwalifikacji dziecka do objęcia wczesnym wspomaganie
rozwoju w ramach programu “Za Życiem”**

1. Dane osobowe dziecka:

Imię (imiona) i nazwisko dziecka

Adres zamieszkania dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. **Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) oraz wynikające z tej choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia.**

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

2. **Rodzaj niepełnosprawności dziecka lub zagrożenie występowania niepełnosprawności (właściwe podkreślić):**

nie słyszzące

słabosłyszzące

nie widzące

słabowidzące

niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją

niepełnosprawne intelektualnie (stopień)

z autyzmem, w tym Zespołem Aspergera

z opóźnionym rozwojem psychoruchowym

z niepełnosprawnością sprzężoną (wskazać współwystępujące niepełnosprawności)

.....

.....

zagrożenie wystąpieniem innej niepełnosprawności

.....

3. Dziecko znajduje się pod opieką poradni specjalistycznych (należy wymienić jakich i od kiedy?)

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

4. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności (właściwe podkreślić):

tak (od kiedy?)

nie