…………………………………………. ………………………………..

*/ pieczątka zakładu opieki zdrowotnej/ / miejscowość, data /*

**Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka**

*dot. wniosku o wydanie opinii o wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka*

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

**/ *imię i nazwisko dziecka /***

*………………………………………. ………………………………………* ***PESEL*** *………………………………………………...*

***/data urodzenia / / miejsce urodzenia /***

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

***/ adres zamieszkania /***

1. ***Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD ) powodujących, że dziecko wymaga objęcia wczesnym wspomaganiem rozwoju od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole:***

*…………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………...*

*……………………………………………………………………………………………………....*

*………………………………………………………………………………………………………*

1. ***Przewidywany okres, w którym wykryta niepełnosprawność dziecka powoduje potrzebę wczesnego wspomagania rozwoju, nie dłużej niż do podjęcia przez dziecko nauki w szkole:***

**od**…………………………...……………………………….**do**……………………………………………………...

1. ***Czy dziecko posiada dokumentację medyczną dotyczącą leczenia specjalistycznego ?***

***TAK / NIE [[1]](#footnote-1)***

………………………………………………………………………………………………

*/ pieczątka i podpis lekarza /*

***Podstawa prawna :***

*par. 6 pkt. 3 i 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych ( Dz.U. 2017, poz. 1743 )*

1. Właściwe podkreślić. [↑](#footnote-ref-1)