

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejscowość, data)

**Zaświadczenie lekarskie wskazujące na konieczność realizacji
WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU**

wydaje się na potrzeby Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej nr 2 w Bydgoszczy w oparciu o Rozporządzenie MEN z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno–pedagogicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r., poz. 2061)

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia: PESEL:

Adres zamieszkania:

1. **Określenie niepełnosprawności dziecka** zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD); opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących:

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

2. Potrzebne wsparcie medyczne, rehabilitacyjne i terapeutyczne:

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

3. Inne informacje istotne dla organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)