

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie.....

Symbol zaburzenia psychicznego.....

Rodzaj i liczba godzin specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

Rodzaj usługi	Ilość godzin		Jaki specjalista powinien świadczyć usługę
	w tygodniu	w miesiącu	
w ramach zajęć rewalidacyjno-wychowawczych:			
w ramach rehabilitacji:			

Zaświadczenie jest ważne na okres:.....

Zaznaczyć właściwe:	
Dziecko nie wymaga skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, ponieważ pomoc organizowana przez szkołę jest wystarczająca	
Dziecko nie wymaga skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rehabilitacji medycznej ponieważ ma możliwość dostępu do zajęć w ramach NFZ,	
– w tym celu otrzymało skierowanie do:	

.....

Data i podpis lekarza/specjalisty