

Zaświadczenie lekarskie (dzieci i młodzież)

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 w miesiącu	Jaki specjalista powinien świadczyć usługę
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:

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