Pieczęć instytucji:

_____

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
kwalifikujące do Programu „Za Życiem”

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

Stwierdzam trudności rozwojowe powodujące zagrożenie niepełnosprawnością (podejrzenie choroby genetycznej, metabolicznej, innych zaburzeń rozwojowych)

ROZPOZNANIE/SCHORZENIE……..….

KOD ICD -10……...

OPIS TRUDNOŚCI……...
……
……

Dziecko wymaga udziału w specjalistycznych zajęciach wspomagających rozwój, organizowanych przez Wiodący Ośrodek Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczy w ramach „Programu za życiem”.

….....
podpis i pieczątka lekarza

Police, dnia.....