

.....  
pieczęć zakładu

**Zaświadczenie lekarskie o zagrożeniu niepełnosprawnością  
dla potrzeb kwalifikacji dziecka do objęcia wczesnym wspomaganie rozwoju  
w ramach programu „ Za życiem ”**

**1. Dane osobowe dziecka**

Nazwisko i imię dziecka: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Nr PESEL: .....

**2. Diagnoza medyczna** (choroby główne i współwystępujące wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10):

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

**3. Rodzaj niepełnosprawności dziecka lub zagrożenie wystąpienia niepełnosprawności (właściwe podkreślić):**

- niesłyszące
- słabosłyszące
- niedowidzące
- słabowidzące
- niepełnosprawne ruchowo, w tym z afazją
- niepełnosprawne intelektualnie (stopień)
- z autyzmem, w tym Zespół Aspergera
- z opóźnionym rozwojem psychoruchowym
- z niepełnosprawnością sprzężoną (wskazać współwystępujące niepełnosprawności)

.....

- zagrożenie wystąpieniem innej niepełnosprawności

.....

**4. Dziecko znajduje się pod opieką poradni specjalistycznych (należy wymienić jakich i od kiedy?)**

.....  
.....

**5. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności (właściwe podkreślić)**

**Tak** (do kiedy? ) ..... **Nie**

.....  
Miejscowość, data

.....  
pieczęćka i podpis lekarza