

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DLA POTRZEB OKRO**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Stwierdza się trudności rozwojowe powodujące zagrożenie wystąpienia niepełnosprawności

OPIS TRUDNOŚCI/ROZPOZNAIE

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

Wskazane jest aby dziecko korzystało z zajęć specjalistycznych wspomagających rozwój ,
organizowanych w ramach Ośrodka Koordynacyjno- Opiekuńczo- Rehabilitacyjnego w
powiecie Kutnowskim

.....

Pieczętka i podpis lekarza

.....

Pieczętka przychodni

.....

Miejscowość, data