PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA
Łęczna, Al. Jana Pawła II 95
tel. 815315 335, 81 5315 337
e–mail:ppp@ppp.powiatleczynski.pl

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczam, że ……..... (imię i nazwisko dziecka), ur. ……..…….…… jest zdolny(a)/niezdolny(a)[1] do uczestnictwa w zajęciach specjalistycznych o charakterze terapeutycznym w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dziecka w zakresie:

- ☐ Terapii pedagogicznej
- ☐ Terapii psychologicznej
- ☐ Terapii logopedycznej
- ☐ Terapii fizjoterapeutycznej
- ☐ Terapii integracji sensorycznej[2]

Przeciwskazania[3]: ……
……
……
…….

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łęcznej.

……

podpis i pieczątka lekarza

[1] Niewłaściwe skreślić
[2] Zaznaczyć zakres terapii, w których uczestniczy dziecko
[3] Określić rodzaj zajęć i opisać przeciwskazania