

ZESPÓŁ PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNYCH

ul. Czereśniowa 4i, 66-400 Gorzów Wielkopolski

tel. 095 7320 736, 095 7226 224

email: sekretariat@zppp-gorzow24.pl

www.zppp-gorzow.pl



ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów oświatowych

Imię i nazwisko :

Data urodzenia:

Pesel.....

Adres:.....

Diagnoza medyczna:

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

Zalicza się do grupy osób z niepełnosprawnością ruchową:

tak

nie

Ograniczenia motoryki małej:

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

Ograniczenia motoryki dużej:

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

Ograniczenia lokomocyjne:

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

Ograniczenia w funkcjonowaniu w środowisku edukacyjnym, zalecane warunki i formy wsparcia:

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

W przypadku takich potrzeb - określić niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny, środki dydaktyczne, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjno – komunikacyjnych:

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć lekarza