

.....dnia.....

.....
Imię i nazwisko ojca/opiekuna

.....
Imię i nazwisko matki/opiekuna

.....
adres zamieszkania

.....
telefon, mail

**Niepubliczna Poradnia
Psychologiczno Pedagogiczna
„Jaś i Małgosia**

WNIOSEK

Wnoszę o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju* oraz przyjęcie na zajęcia wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

urodzonego dnia : w :

nr PESEL :

zamieszkałego:

cel i przyczyna: :

Dołączam dokumentację uzasadniającą wniosek, w szczególności wydane przez specjalistów opinie, zaświadczenia oraz wyniki obserwacji i badań psychologicznych, pedagogicznych i lekarskich.

Oświadczam, że wszystkie powyższe treści zgodne są z prawdą i stanem faktycznym. Zapoznałem się z regulaminem umieszczonym w serwisie www.jasimalgosia.pl Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb wydania opinii oraz uczestniczenia dziecka w zajęciach, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. nr 133 poz. 883.

.....
(czytelny podpis opiekuna)

* w przypadku posiadania opinii należy ją dołączyć do niniejszego wniosku

.....
Pieczęć zakładu lub lekarza praktykującego indywidualnie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb zespołu opiniującego
Niepublicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej „Jaś Małgosia”

Działając na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 września 2008r w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez Zespoły Orzekające działające w poradniach psychologiczno pedagogicznych (Dz. U. Nr 173 poz.1072 z późniejszymi zmianami)

Dotyczy wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię i nazwisko.....
Data i miejsce urodzenia.....
Miejsce zamieszkania.....

1. Stwierdzenie czy dziecko wymaga stymulacji rozwoju w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (proszę określić kółkiem właściwą odpowiedź)

TAK

NIE

2. Rozpoznanie:

Choroba główna:

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

Opis przebiegu choroby i dotyczącego leczenia:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

Choroby współwystępujące:

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

3. Zalecane formy usprawniania:

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

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis lekarza