Załącznik nr 2 do Regulaminu OKRO

Pieczęć instytucji:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**DLA POTRZEB OKRO**

Imię i nazwisko dziecka .............................................................................................

Data i miejsce urodzenia ............................................................................................

Stwierdza się trudności rozwojowe powodujące zagrożenie wystąpienia niepełnosprawności u dziecka do ukończenia 2 roku życia.

OPIS TRUDNOŚCI / ROZPOZNANIE

.…………………………………………………..…………………………………..

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

Wskazane jest, aby dziecko korzystało z zajęć specjalistycznych wspomagających rozwój, organizowanych w ramach Ośrodka Koordynacyjno-Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego w Gminie Miejskiej Kraków.

….........................................................

 podpis i pieczątka lekarza

Kraków, dnia...................................................