

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** (nie dotyczy dzieci po ukończeniu 2 roku życia).

### OPIS TRUDNOŚCI / ROZPOZNANIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB ZAGROŻENIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

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

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

.....  
podpis i pieczęć lekarza

Kraków, dnia.....