INFORMACJE LEKARZA SPECJALISTY O DZIECKU UCZĘSZCZAJĄCYM NA ZAJĘCIA **WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU**

Imię i nazwisko dziecka …….

Specjaliści prowadzący zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju: *psycholog, pedagog, logopeda, rehabilitant/ terapeuta SI.*

Rozpoznanie i aktualny stan zdrowia dziecka:

……

……

……

Choroby zakaźne przebyte przez dziecko:

…….

……

Leki przyjmowane przez dziecko:

…….

……..

Wpływ leków na funkcjonowanie poznawcze dziecka:

…….

…….

Czy istnieją przeciwwskazania do określonych form aktywności dziecka realizowanych przez w/w specjalistów: …….

(jeżeli „tak” to jakie?)

……..

……..

Czy dziecko ma zapewnione wsparcie medyczno-rehabilitacyjne? ……

(jeżeli „tak” to jakie?)

……..

……..

Czy dziecko wymaga wyrobów medycznych, sprzętów ortopedycznych? ……....

(jeżeli „tak” to jakich?)

……..

……..

data *podpis*