……………………..….., dn. ………………. r.

………………………… (miejscowość)

 (pieczątka poradni)

**Zaświadczenie lekarskie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwisko i imię ……………………………………………………………………………………………….

PESEL

data ur. …………………………………….

Zamieszkały(a) ………………………………………………………………………………………………..

Stwierdzam:

**1. Brak przeciwwskazań do udziału w bezpośredniej terapii:**

– ruchowej z elementami integracji sensorycznej,

– logopedyczno-pedagogicznej,

– rewalidacyjnej,

– terapii psychologicznej,

– kynoterapii.

**2. Przeciwwskazania do udziału w bezpośredniej terapii:**

– ruchowej z elementami integracji sensorycznej,

– logopedyczno-pedagogicznej,

– rewalidacyjnej,

– terapii psychologicznej,

– kynoterapii\*

Uwagi: ……………………………………………………………………………………………………………..

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

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

Cel wydania zaświadczenia: udział w indywidualnej terapii ruchowej z elementami integracji sensorycznej, indywidualnej terapii logopedyczno-pedagogicznej, indywidualnej terapii rewalidacyjnej, indywidualnej terapii psychologicznej, indywidualnej kynoterapii w ramach projektu „Dorotkowe Centrum Rehabilitacji. Terapia dzieci, młodzieży i dorosłych z Zespołem Downa z Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego”,realizowanego przez Fundację Dorotkowo i dofinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

 ..……………………………..

 (pieczątka i podpis lekarza)

\* niepotrzebne skreślić