……………………..….., 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

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

– ruchowej z elementami integracji sensorycznej,

– logopedyczno-pedagogicznej,

– terapii rewalidacyjnej,

– terapii psychologicznej\*.

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

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

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

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

 ..……………………………..

 (pieczątka i podpis lekarza)

\* *niepotrzebne skreślić*