

....., dn.2024 r.

(miejsowość)

.....
(pieczętka poradni)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

data ur.

Zamieszkały(a)

Stwierdzam (zaznacz właściwe):

Obszar działań terapeutycznych:	brak przeciwwskazań do udziału w bezpośredniej terapii	przeciwwskazania do udziału w bezpośredniej terapii:
EEG Biofeedback (po analizie badania EEG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrostymulacja;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
logopedyczny (rozwoju mowy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychologiczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ćwiczeń ruchowych /rehabilitacyjny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
integracji sensorycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sportowyc (spacery, nordic walking, taniec, basen, rower, siłownia, piłka nożna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alpakoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hortiterapia/ogrodoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arteterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kynoterapia/dogoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muzykoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

.....

.....

.....

Cel wydania zaświadczenia: udział autorskim projekcie fundacji „Dorotkowo”, pt.: „Dorotkowy Klub Integracji- Polska (2024)” realizowanego na zlecenie i przy dofinansowaniu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* zaznacz właściwe