……..…., dn. ……. r.
(miejscowość)

……
(pieczątka poradni)

Zaświadczenie lekarskie

Nazwisko i imię …….

PESEL | | | | | | | | | | |

data ur. …….

Zamieszkały(a) ……..

STWIERDZAM:

1. Brak przeciwwskazań do udziału w bezpośredniej terapii*:

1) Biofeedback (po analizie badanie EEG)
2) logopedycznych (rozwoju mowy),
3) pedagogicznych (ogólnorozwojowych),
4) psychologicznych
5) ćwiczeń ruchowych /rehabilitacyjnych;
6) integracji sensorycznej;
7) sportowych (spacery, nordic walking, taniec, basen, rower, siłownia, piłka nożna)
8) alpakoterapia,
9) arteterapia,
10) hortiterapia/ogrodoterapia,
11) kynoterapia/dogoterapia,
12) muzykoterapia

2. Przeciwwskazania do udziału w bezpośredniej terapii*:

1) Biofeedback (po analizie badanie EEG)
2) logopedycznych (rozwoju mowy),
3) pedagogicznych (ogólnorozwojowych),
4) psychologicznych
5) ćwiczeń ruchowych /rehabilitacyjnych;
6) integracji sensorycznej;
7) sportowych (spacery, nordic walking, taniec, basen, rower, siłownia, piłka nożna)
8) alpakoterapia,
9) arteterapia,
10) hortiterapia/ogrodoterapia,
11) kynoterapia/dogoterapia,
12) muzykoterapia.

Uwagi: ……..…

……..…

……..…

Cel wydania zaświadczenia:
udział w autorskim projekcie fundacji „Dorotkowo”, pt.: „Dorotkowy Klub Integracji – Polska (2023)”, którego celem jest rehabilitacja osób z niepełnosprawnościami, realizowanego na zlecenie i przy dofinansowaniu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

..……..
(pieczątka i podpis lekarza)

* *niepotrzebne skreślić*