Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………...……………………………

Rozpoznanie………………………………………………………………………………………...………………………….……..Symbol zaburzenia psychicznego………………………………………………………………………………….…………

Rodzaj i liczba godzin specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj usługi** | **Ilość godzin** | **Jaki specjalista powinien świadczyć usługę** |
| **w tygodniu** | **w miesiącu** |
| **w ramach zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (zajęcia te organizuje się dla dziecii młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim):** |
| * nauka nawiązywania kontaktóww sposób odpowiedni do potrzebi możliwości uczestnika zajęć;
 |   |   | * pedagog
* pedagog specjalny
* oligofrenopedagog
* psycholog
* logopeda
* inny specjalista, jaki?.........................
 |
| * kształtowanie sposobukomunikowania się z otoczeniem na poziomie odpowiadającym indywidualnym możliwościom uczestnika zajęć;
 |   |   | * pedagog
* pedagog specjalny
* oligofrenopedagog
* psycholog
* logopeda
* inny specjalista, jaki?.........................
 |
| * usprawnianie ruchowei psychoruchowe w zakresie dużej i małej motoryki, wyrabianie orientacjiw schemacie własnego ciała i orientacji przestrzennej;
 |   |   | * pedagog
* pedagog specjalny
* oligofrenopedagog
* psycholog
* logopeda
* inny specjalista, jaki?.........................
 |
| * wdrażanie do osiągania optymalnego poziomu samodzielnościw podstawowych sferach życia;
 |   |   | * pedagog
* pedagog specjalny
* oligofrenopedagog
* psycholog
* logopeda
* inny specjalista, jaki?.........................
 |
| * rozwijanie zainteresowaniaotoczeniem, wielozmysłowe poznawanie otoczenia, naukę rozumienia zachodzących w nim zjawisk, kształtowanie umiejętności funkcjonowania w otoczeniu;
 |   |   | * pedagog
* pedagog specjalny
* oligofrenopedagog
* psycholog
* logopeda
* inny specjalista, jaki?.........................
 |
| * kształtowanie umiejętności współżycia w grupie;
 |   |   | * pedagog
* pedagog specjalny
* oligofrenopedagog
* psycholog
* logopeda
* inny specjalista, jaki?.........................
 |
| * nauka celowego działania dostosowanego do wieku, możliwościi zainteresowań uczestnika zajęć oraz przejawianej przez niego aktywności.
 |   |   | * pedagog
* pedagog specjalny
* oligofrenopedagog
* psycholog
* logopeda
* inny specjalista, jaki?.........................
 |
| **w ramach rehabilitacji:** |
| * usprawnianie, rozwijanie funkcjipsychicznych i fizycznych;
 |   |   | * pedagog
* pedagog specjalny
* oligofrenopedagog
* psycholog
* logopeda
* inny specjalista, jaki?.........................
 |
| * korygowanie funkcji zaburzonych;
 |   |   | * pedagog
* pedagog specjalny
* oligofrenopedagog
* psycholog
* logopeda
* inny specjalista, jaki?.........................
 |
| * kompensowanie, czyliwyrównywanie przez zastępowanie;
 |   |   | * pedagog
* pedagog specjalny
* oligofrenopedagog
* psycholog
* logopeda
* inny specjalista, jaki?.........................
 |
| * dynamizowanie rozwoju.
 |   |   | * pedagog
* pedagog specjalny
* oligofrenopedagog
* psycholog
* logopeda
* inny specjalista, jaki?.........................
 |

Zaświadczenie jest ważne na okres: od …………………………..do………………………………..

|  |
| --- |
| Zaznaczyć właściwe: |
| Dziecko nie wymaga skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, ponieważ pomoc organizowana przez szkołę jest wystarczająca |  |
| Dziecko nie wymaga skorzystania z dodatkowej pomocy w ramach dostępu do zajęć rehabilitacji medycznej ponieważ ma możliwość dostępu do zajęć w ramach NFZ, |  |
| * w tym celu otrzymało skierowanie do:
 |

……………………………….……………………………………….

 Data i podpis lekarza/specjalisty