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 dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim):** | | | |
| * nauka nawiązywania kontaktów w sposób odpowiedni do potrzeb i możliwości uczestnika zajęć; |  |  | * pedagog * pedagog specjalny * oligofrenopedagog * psycholog * logopeda * inny specjalista, jaki?......................... |
| * kształtowanie sposobu komunikowania się z otoczeniem na poziomie odpowiadającym indywidualnym możliwościom uczestnika zajęć; |  |  | * pedagog * pedagog specjalny * oligofrenopedagog * psycholog * logopeda * inny specjalista, jaki?......................... |
| * usprawnianie ruchowe i psychoruchowe w zakresie dużej i małej motoryki, wyrabianie orientacji w schemacie własnego ciała i orientacji przestrzennej; |  |  | * pedagog * pedagog specjalny * oligofrenopedagog * psycholog * logopeda * inny specjalista, jaki?......................... |
| * wdrażanie do osiągania optymalnego poziomu samodzielności w podstawowych sferach życia; |  |  | * pedagog * pedagog specjalny * oligofrenopedagog * psycholog * logopeda * inny specjalista, jaki?......................... |
| * rozwijanie zainteresowania otoczeniem, 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, możliwości i zainteresowań uczestnika zajęć oraz przejawianej przez niego aktywności. |  |  | * pedagog * pedagog specjalny * oligofrenopedagog * psycholog * logopeda * inny specjalista, jaki?......................... |
| **w ramach rehabilitacji:** | | | |
| * usprawnianie, rozwijanie funkcji psychicznych i fizycznych; |  |  | * pedagog * pedagog specjalny * oligofrenopedagog * psycholog * logopeda * inny specjalista, jaki?......................... |
| * korygowanie funkcji zaburzonych; |  |  | * pedagog * pedagog specjalny * oligofrenopedagog * psycholog * logopeda * inny specjalista, jaki?......................... |
| * kompensowanie, czyli wyrównywanie 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