



2. U dziecka stwierdza się:

**2a) Niepełnosprawność:**

- dziecko niesłyszące\*,
- dziecko słabosłyszące\*,
- dziecko niewidzące\*,
- dziecko słabowidzące\*,
- dziecko niepełnosprawny ruchowo, w tym z afazją\*,
- dziecko z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera\*.

**2b)** Nie stwierdza się wyżej wymienionych niepełnosprawności\*.

3. Opis dotychczasowego leczenia/ usprawniania dziecka:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Rokowanie dotyczące stanu zdrowia dziecka oraz zalecenia do dalszego leczenia i rehabilitacji:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

**\*właściwe podkreślić**