

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla dzieci i młodzieży**

(§ 2 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.).

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Rozpoznanie

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

Rodzaj usługi	Ilość godzin w miesiącu ogółem	Rodzaj specjalisty	Liczba godzin miesięcznie świadczonych przez danego specjalistę
W ramach zajęć rewalidacyjno – wychowawczych			
W ramach zajęć rehabilitacyjnych			

Zaświadczenie jest ważne na okres

.....
Data i podpis lekarza/specjalisty