

.....
nazwa lub pieczęć
instytucji wystawiającej rekomendacje

.....
(miejsowość, data)

REKOMENDACJA ZESPOŁU TERAPEUTÓW PROWADZĄCYCH DZIECKO W RAMACH ZAJĘĆ WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia

Rozpoznanie.....

.....
.....
**ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE REALIZOWANE W RAMACH WWRD (typ zajęć, liczba
w miesiącu, od kiedy) Jeśli dziecko nie korzysta należy przekreślić:**

.....
.....
.....
.....
**INNE ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE, także w placówkach prywatnych (typ zajęć, liczba
w miesiącu, od kiedy) Jeśli dziecko nie korzysta należy przekreślić:**

Rekomendacja terapeutów prowadzących:

Wnioskujemy o przyznanie zajęć terapeutycznych w ramach OKRO – „ZA ŻYCIEM” w
wymiarzegodzin w tygodniu.

Uwzględniając opiekę terapeutyczną, którą dziecko jest objęte obecnie, możliwości
psychofizyczne dziecka (w zakresie potrzeb oraz wydolności i podatności na stymulację
dziecka), potrzeby oraz możliwości rodziny (także w zakresie organizacyjnym) wskazane jest
objęcie dziecka opieką przez następujących terapeutów (podać sugerowany wymiar godzin zajęć
z terapeutą o danej specjalności):

.....
.....
.....
**UZASADNIENIE (proszę uzasadnić potrzebę objęcia proponowanym rodzajem terapii oraz
proponowaną liczbę godzin z uwzględnieniem możliwości psychofizycznych dziecka):**

Psycholog

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

Pedagog

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

Logopeda

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

Fizjoterapeuta

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

Terapeuta karmienia

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

Inni

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

.....
pieczętka/i i podpis/y