

....., dn.2025 r.
(miejscowość)

.....
(pieczęć poradni)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

data ur.

Zamieszkały(a)

Stwierdzam (zaznacz właściwe):

Działania terapeutyczne (metody, obszary):	brak przeciwwskazań do udziału w bezpośredniej terapii	przeciwwskazania do udziału w bezpośredniej terapii	nie dotyczy
EEG Biofeedback (po analizie badania EEG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elektrostymulacja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indywidualna Terapia Intelktualno-Poznawcza (logopedyczny -rozwoju mowy; psychologiczny; ogólnorozwojowy-pedagogiczny)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indywidualna Terapia Ruchowa z Elementami Integracji Sensorycznej (ćwiczeń ruchowych /rehabilitacyjnych; integracji zmysłów; sportowych (spacer, nordic walking, taniec, basen, rower, siłownia, piłka nożna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alpakoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hortiterapia/ogrodoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arteterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kynoterapia/dogoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muzykoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

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

Cel wydania zaświadczenia: udział autorskim projekcie fundacji „Dorotkowo”, pt.: „Dorotkowy Klub Integracji- Polska (2025)” realizowanego na zlecenie i przy dofinansowaniu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)