

.....  
nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....dnia..... r.  
miejsowość

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**Zaświadcza się, że u** .....  
(nazwisko i imię dziecka)

urodzonego .....W .....  
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany).....

Zamieszkałego w .....

.....

(adres zamieszkania)

zdiagnozowano schorzenie wg ICD-10 jako .....  
(numer i nazwa schorzenia)

.....,

kwalfikujące je jako dziecko niepełnosprawne lub zagrożone niepełnosprawnością  
do objęcia programem kompleksowego wsparcia rodzin „Za życiem” w wiodącym ośrodku  
koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczym. .

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

Zaświadczenie wydaje się celem