

Pieczczę instytucji:

---

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA POTRZEB WOKRO**

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

**Stwierdza się trudności rozwojowe powodujące zagrożenie wystąpienia niepełnosprawności u dziecka.**

### OPIS TRUDNOŚCI / ROZPOZNANIE

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

Wskazane jest, aby dziecko korzystało z zajęć specjalistycznych wspomagających rozwój, organizowanych w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” w Wiodącym Ośrodku Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczym w Łomży.

Łomża, dn.....

.....  
podpis i pieczęć lekarza