

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(data)

SKIEROWANIE DO KONSULTACJI / DIAGNOZY / ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNYCH
W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W RAMACH
OŚRODKA KOORDYNACYJNO-REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

Imię dziecka:	Nazwisko dziecka:	PESEL:
Data urodzenia	Miejsce urodzenia:	
Rozpoznanie (zgodne z ICD-10)		
Imię i nazwisko matki:		adres:
Imię i nazwisko ojca:		adres:
Telefon kontaktowy:	matka:	ojciec:

.....
(pieczęć lekarza kierującego)

* do skierowania można dołączyć dokumentację medyczną