



Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy
w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie
ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów
tel. 17 748 31 70, e mail: sekretariat@zss.resman.pl



**REKOMENDACJA ZESPOŁU TERAPEUTÓW PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA
Z DZIECKIEM W RAMACH WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA**

W

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Rozpoznanie:

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

ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE REALIZOWANE W RAMACH WWRD (typ zajęć, liczba godzin w miesiącu, rozpoczęto terapię):

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

INNE ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE, także w placówkach prywatnych (typ zajęć, liczba godzin w miesiącu, rozpoczęto terapię). Jeśli dziecko nie korzysta należy przekreślić:

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

REKOMENDACJA TERAPEUTÓW PROWADZĄCYCH:

Wnioskujemy o przyznanie zajęć terapeutycznych w ramach Programu *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 – specjalista (oligofrenopedagog, tyflopodagog, surdopedagog, terapeuta autyzmu, inny specjalista – właściwe podkreślić):

.....

.....

.....

.....

Logopeda:

.....

.....

.....

.....

Fizjoterapeuta:

.....

.....

.....

.....

Inne:

.....

.....

.....

.....

Rzeszów, dnia.....

.....
pieczęć i podpis

.....
pieczęć instytucji wystawiającej rekomendację