

.....
Nr identyfikacyjny, Regon

Imię i nazwisko nr karty

Stan neurologiczny
dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubaczowie

1. Wywiad uzupełniający

.....
.....

2. Stan neurologiczny:

a) czaszka, nerwy czaszkowe

.....
b) kończyny dolne

c) odruchy brzuszne, próby mózdkowe, czucie i inne

.....
d) funkcje ruchowe (lokomocja, funkcja ręki, inne)

.....
3. Rozpoznanie

.....
.....

.....
.....

4. Wskazania (należy zakreślić punkt a) ,b), c) lub d)

a) potrzeba kształcenia specjalnego z uwagi na niepełnosprawność ruchową,

b) potrzeba dostosowania wymagań edukacyjnych z uwagi na stan zdrowia.

c) potrzeba wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka do czasu podjęcia nauki w szkole

d) kształcenie specjalne z uwagi na upośledzenie umysłowe

Data:

.....
(podpis lekarza)