

REKOMENDACJA SPECJALISTÓW

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Rozpoznanie:

.....

Zajęcia terapeutyczne realizowane w ramach WWRD (typ zajęć, liczba godzin w miesiącu, od kiedy):

.....

.....

Zajęcia terapeutyczne, którymi powinno zostać objęte dziecko (zaznaczyć krzyżykiem):

Zajęcia z psychologiem

Zajęcia z pedagogiem

Fizjoterapia

Integracja sensoryczna

Logopeda/Neurologopedia

Integracja sensoryczna

Terapia ręki

Terapia dziecka z autyzmem

Trening uwagi słuchowej Metodą Tomatisa

Inne (wpisać jakie)

.....

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

Łomża, dn.

.....

podpis, specjalizacja terapeuty

.....

nazwa lub pieczęć instytucji
wystawiającej rekomendację