

.....  
Pieczęć szkoły/przedszkola/placówki

**Zaświadczenie przedszkola/szkoły/placówki opiekuńczo-wychowawczej  
dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu  
dotyczące specjalistycznych usług opiekuńczych dla dzieci/młodzieży z zaburzeniami psychicznymi  
w miejscu zamieszkania**

**Imię i nazwisko dziecka:**..... **PESEL:**.....

**Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:** .....

1) Czy dziecko jest objęte pomocą psychologiczno-pedagogiczną w ramach wydanego orzeczenia bądź opinii wydawanej przez zespół orzekający działający w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych  
TAK / NIE

2) Proszę o podanie miesięcznej liczby godzin oraz form pomocy, jakimi dziecko jest objęte ponad obowiązkowy program nauczania, w ramach indywidualnych zajęć wspomagających rozwój:

- psycholog ..... /liczba godzin miesięcznie .....
- pedagog ..... /liczba godzin miesięcznie .....
- logopeda ..... /liczba godzin miesięcznie .....
- terapia ręki ..... /liczba godzin miesięcznie .....
- terapia SI ..... /liczba godzin miesięcznie .....
- trening umiejętności społecznych ..... /liczba godzin miesięcznie .....
- rehabilitacja..... /liczba godzin miesięcznie .....
- alternatywne metody komunikacji ..... /liczba godzin miesięcznie .....
- inne wsparcie - jakie? ..... /liczba godzin miesięcznie .....
- inne wsparcie - jakie? ..... /liczba godzin miesięcznie .....

3) Czy dziecko ma możliwość skorzystania ze wsparcia innych specjalistów w ramach pomocy organizowanej przez szkołę/przedszkole/placówkę, a rodzic zrezygnował z proponowanej formy?  
TAK / NIE

Jeśli tak, to proszę o wskazanie rodzaju wsparcia, z jakiego może dodatkowo skorzystać:

- ..... / liczba godzin miesięcznie .....
- ..... / liczba godzin miesięcznie .....
- ..... / liczba godzin miesięcznie .....

4) Proszę o podanie przyczyny skierowania i nazwy placówki, do której zostało skierowane dziecko celem realizacji zaleceń wynikających z wydanej opinii czy orzeczenia:

.....  
.....

5) Uwagi i spostrzeżenia szkoły/przedszkola/placówki w zakresie organizowania dla dziecka dostępu do zajęć rewalidacyjno-wychowawczych:

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

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis osoby wystawiającej zaświadczenie