

.....

miejscowo data

Za wiadczenie lekarskie (za€cznik nr 3)

Za wiadczeniem potrzeb (*- niepotrzebne skre li)

- 1. pobytu na turnusie rehabilitacyjnym *
..... (rodzaj turnusu)
- 2. rehabilitacji indywidualnej *
..... (rodzaj terapii adekwatnej do potrzeb dziecka)
- 3. zakupu sprz tu medycznego, leków *
..... (rodzaj sprz tu, leków)

dziecka

.....

(imi i nazwisko dziecka, PESEL, adres zamieszkania)

.....

piecz tka i podpis lekarza