

Pieczęć

miejsowość i data

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data urodzenia.....

STAN NEUROLOGICZNY

1. Wywiad uzupełniający _____

2. Stan neurologiczny:

a) czaszka, nerwy czaszkowe _____

b) kończyny górne _____

c) kończyny dolne _____

d) odruchy brzuszne, próby mózdkowe, czucie i inne _____

e) funkcje ruchowe (lokomocja, funkcja ręki, inne) _____

3. Rozpoznanie _____

Wskazania

(podpis i pieczęć lekarza)

UWAGA: Powyższe informacje są niezbędne do procedur orzeczniczych i opiniujących Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno Pedagogicznej w Jarosławiu. (Dz. U. 2017 poz. 1743)