



**IV. OGRANICZENIA W FUNKCJONOWANIU DZIECKA/UCZNIĄ WYNIKAJĄCE ZE STWIERDZONEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**V. POTRZEBY DZIECKA/UCZNIĄ NIEPEŁNOSPRAWNEGO W ZAKRESIE SPRZĘTU SPECJALISTYCZNEGO/ ŚRODKÓW DYDAKTYCZNYCH/ TECHNOLOGII INFORMACYJNO-KOMUNIKACYJNYCH:**

.....

.....

.....

.....

.....

**VI. ROKOWANIA:**

.....

.....

.....

.....

.....

**CHOROBY WSPÓŁWYSTĘPUJĄCE:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Pieczałka i podpis lekarza

