

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE NEUROLOGA**  
**dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chełmży**  
**w celu objęcia dziecka/ucznia terapią biofeedback**

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia dziecka)

.....  
(adres zamieszkania dziecka)

**Zaświadcza się, że wynik badania EEG w/w dziecka pozwala na jego udział w terapii metodą biofeedback na terenie Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Chełmży\*.**

.....  
(pieczęć i podpis neurologa)

\*Druk opracowano dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chełmży, Filii w Dobrzejowicach oraz Oddziałów w Grębocinie, Złejwsi Wielkiej i Małej Nieszawce.