# Potvrdenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na účely služby včasnej intervencie

Meno a priezvisko dieťaťa .....

Dátum narodenia .....

Bydlisko .....

**Zhodnotenie zdravotného stavu** (celkový stav)

Potvrdzujem, že vývoj dieťaťa je z dôvodu zdravotného postihnutia ohrozený alebo obmedzený

Dátum .....

.....

Pečiatka a podpis lekára