

.....
Pieczętka jednostki wydającej zaświadczenie

.....
Data sporządzenia zaświadczenia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE KWALIFIKUJĄCE
DO TERAPII EEG BIOFEEDBACK**

w Powiatowej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Kłobucku

(wypełnia lekarz- specjalista neurolog)

W wyniku przeprowadzonych badań neurologicznych nie stwierdza się/stwierdza się *
występowanie przeciwwskazań do stosowania u:

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data ur......

Adres zamieszkania.....

treningów wspomagających rozwój procesów poznawczych przy pomocy metody
EEG Biofeedback.

Uzasadnienie/uwagi.....

.....
.....
.....
.....
.....

*niepotrzebne skreślić

.....
podpis i pieczętka lekarza