6. melléklet

SZAKMAI VÉLEMÉNY

a gyermek fejlesztésének, terápiájának támogatásához

A gyermek adatai:

- Gyermek neve: ..... …
- Születési ideje: .....
- Lakóhelye: .....

A gyermek számára szükséges fejlesztés/terápia megnevezése:

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

A fejlesztés/terápia szükségességének szakmai indoklása:

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

A szakmai véleményt kiállító szakember/intézmény adatai:

Szakember neve és amennyiben releváns, az intézmény neve:

.....
.....

Szakember végzettsége: .....

Elérhetőségek:

.....
.....

Kelt: .....

P.H.

…….

aláírás