

.....
Chełm, dnia.....

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku przeprowadzonych badan neurologicznych EEG **nie stwierdza się/stwierdza się** * występowanie przeciwwskazań do stosowania u Pani/Pana/ucznia

.....PESEL.....

Imię i nazwisko

treningów wspomagających rozwój procesów poznawczych przy pomocy metody **EEG Biofeedback**.

*niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

NIEPUBLICZNA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA
"ARKA PRZYSZŁOŚCI"

www.poradnia.arka.chelm.pl
arka@arka.chelm.pl

tel. 82 542 14 72