

NAPOTITEV NA OBNOVITVENO REHABILITACIJO
za otroke (v zdravstveno-terapevtsko kolonijo 2026)

Podpisani zdravnik/ca: _____

ugotavljam, da ima zavarovana oseba

(priimek in ime otroka)

Naslov: _____

Datum rojstva: _____

Številka ZZZS: _____ OE ZZZS _____

cerebralno paralizo ter druge razvojne motnje:

(opis težav oziroma diagnoza)

ter jo zato zaradi njenega zdravstvenega stanja **napotujem v program**
Obnovitvene rehabilitacije za otroke (zdravstveno-terapevtske
kolonije), ki ga izvajajo društva, združena v Zvezo Sonček in Zveza
Sonček so.p.

Kraj in datum:

Žig

Podpis
