

.....
(Pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
(DZIECI I UCZNIOWIE NIESŁYSZĄCY I SŁABOSŁYSZĄCY)

Podstawa prawna: §6 ust.4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2023r. poz.2061)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stan zdrowia dziecka lub ucznia (np. diagnoza / rozpoznanie dotyczące wady słuchu, choroby współwystępujące)

.....

--	--	--	--

.....

--	--	--	--

.....

.....

Średni ubytek słuchu **UP**..... **UL**

Rodzaj ubytku słuchu

Stopień ubytku słuchu

Aparat słuchowy/implant ślimakowy **UP**..... **UL**.....

.....

Stwierdzam, że pacjent jest dzieckiem/ uczniem (proszę zaznaczyć krzyżykiem właściwą odpowiedź)

☐ słabosłyszającym

☐ niesłyszającym

☐ prawidłowo słyszającym

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z niepełnosprawności słuchowej:

.....

.....

.....

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

Rokowania

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

Wskazania dla nauczycieli – sprzyjający dziecku sposób dostosowania warunków kształcenia w przedszkolu / szkole, w tym niezbędny w procesie edukacji sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne

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

Do zaświadczenia należy dołączyć audiogram wraz z datą wykonanego badania.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)