

.....  
Pieczęć placówki medycznej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, przeprowadzającego postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego/wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci

### 1. DANE DZIECKA:

.....  
Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia

.....  
Data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia

**PESEL** dziecka/ucznia lub w przypadku braku numer i seria dokumentu potwierdzającego jego tożsamość:

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

.....  
Adres zamieszkania dziecka/ucznia

### 2. ROZPOZNANIE CHOROBY LUB INNEGO PROBLEMU ZDROWOTNEGO DZIECKA/ UCZNIĄ, KTÓRE POWODUJĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ:

słabosłyszące

niesłyszące

.....  
Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

### 3. DIAGNOZA LARYNGOLOGICZNA I AUDIOLOGICZNA:

Ubytek słuchu                      UP.....UL.....

Rodzaj ubytku słuchu.....

Aparaty słuchowe/implant ślimakowy

UP.....

UL.....

Wykonane badania audiologiczne\*:

.....

**4. ROKOWANIA:**

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

**5. OGRANICZENIA W FUNKCJONOWANIU DZIECKA/UCZNIA WYNIKAJĄCE ZE STWIERDZONEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.**

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

**6. POTRZEBY DZIECKA/UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO W ZAKRESIE SPRZĘTU SPECJALISTYCZNEGO/ ŚRODKÓW DYDAKTYCZNYCH /TECHNOLOGII INFORMACYJNO-KOMUNIKACYJNYCH:**

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

**CHOROBY WSPÓLWYSTĘPUJĄCE:**

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Piecątka i podpis lekarza

\* prosimy o dołączenie audiogramu lub inne badanie audiologiczne potwierdzające ubytek słuchu.