**.............................................**

Pieczątka 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 wspomagania 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

1. **ROZPOZNANIE CHOROBY LUB INNEGO PROBLEMY ZDROWOTNEGO DZIECKA/ UCZNIA, 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):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **DIAGNOZA LARYNGOLOGICZNA I AUDIOLOGICZNA:**

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

Rodzaj ubytku słuchu…………………………………………………………………………………………………

Aparaty słuchowe/implant ślimakowy
UP……………………………………………………

UL……………………………………………………

Wykonane badania audiologiczne\*:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **ROKOWANIA:**

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

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

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

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

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

1. **OGRANICZENIA W FUNKCJONOWANIU DZIECKA/UCZNIA WYNIKAJĄCE**

**ZE STWIERDZONEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**CHOROBY WSPÓŁWYSTĘPUJĄCE:**

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

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

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

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

 ............................................... …………………………………

Miejscowość, data Pieczątka i podpis lekarza

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