

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

SPECJALISTY OTOLARYNGOLOGA/LARYNGOLOGA/AUDIOLOGA

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
działającego na podstawie 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 2017 poz.1743)

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Data i miejsce urodzenia PESEL.....

3. Adres zamieszkania.....

4. Wiek, w którym nastąpiła utrata (osłabienie) słuchu u dziecka.....

5. Stopień uszkodzenia słuchu (typ niedosłuchu, głębokość ubytku słuchu oraz poziom w dB) :

ucho prawe.....

ucho lewe

6. Zastosowane leczenie np. operacje laryngologiczne, rokowania

7. Czy nosi aparaty słuchowe / ma implant ślimakowy(jeżeli tak, to od kiedy) ?
.....

8. Stwierdzenie czy dziecko/uczeń jest **dzieckiem niesłyszącym czy słabosłyszącym**
.....

9. Stwierdzenie czy zachodzi potrzeba **kształcenia specjalnego dziecka/ ucznia niepełnosprawnego**
(proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź)

TAK

NIE

10. Stwierdzenie czy zachodzi potrzeba **wczesnego wspomagania rozwoju** (proszę zakreślić kółkiem
właściwą odpowiedź)

TAK

NIE

11. Zalecane warunki poprawiające efektywność uczenia się, funkcjonowanie w przedszkolu/ szkole
.....

12. Formy usprawniania
.....