

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE – badanie słuchu

o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Płońsku

Podstawa prawna: rozporządzenie 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.2017poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: _____

Numer PESEL:

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

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego **wskazane ze względu na:** niepełnosprawność dziecka lub ucznia (*właściwe podkreślić*):

- niesłyszące
- słabosłyszące

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**)

Średni ubytek słuchu UP _____ UL _____

Rodzaj ubytku słuchu _____

Aparat słuchowy/implant ślimakowy UP _____ UL _____

Wykonane badania audiologiczne (prosimy o dołączenie audiogramu lub wyników innych badań audiologicznych potwierdzających ubytek słuchu):

Rokowania:

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia

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

Choroby współwystępujące:

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)