

.....  
pieczęć placówki medycznej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OTOLARYNGOLOGA 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r., poz. 2061)*

1. Imię i nazwisko dziecka:.....

data ur: ..... zam. ....

2. Leczony od: .....

3. Rozpoznanie (rodzaj i głębokość ubytku słuchu i poziom w dB):

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

4. Dodatkowo występujące choroby, deficyty, trudności:

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

5. Audiogram w załączeniu (przy uszkodzeniu słuchu): .....

6. W związku z powyższą diagnozą dziecko należy uznać za (właściwe zaznaczyć):

dziecko niesłyszące

dziecko słabo słyszające

Inna kwalifikacja .....

7. Wpływ uszkodzenia na rozwój i funkcjonowanie w szkole:

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

8. Zaleca się: .....

.....  
.....

Wydane dnia: .....

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/