

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
DOTYCZĄCE ORZEKANIA O POTRZEBIE  
KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO/OPINII O WCZESNYM WSPOMAGANIU ROWOJU DZIECKA**



dla potrzeb

Zespołu Orzekającego w Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 2 w Poznaniu

*Wypełnia się dla dzieci i młodzieży wobec których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego i/lub wczesnego wspomaganie rozwoju z uwagi na niepełnosprawność słuchową.*

Podstawa prawna: § 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 14 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2017r. Poz. 1743)

**Imię i nazwisko dziecka**.....

**Data i miejsce urodzenia**.....

**PESEL**

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

**Miejsce zamieszkania** .....

**I. Diagnoza / rozpoznanie (wg ICD-10) dotyczące wady słuchu:**

--	--	--	--

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

**Współwystępujące rozpoznania:**

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

**a) pacjent jest dzieckiem/ uczniem (właściwe podkreślić):**

- słabosłyszącym
- niesłyszącym
- prawidłowo słyszącym

**b) stopień uszkodzenia słuchu**

- ucho lewe ..... dB
- ucho prawe..... dB

**c) typ uszkodzenia słuchu**

.....

d) przyczyna uszkodzenia słuchu

.....

**II. Informacje o dodatkowych problemach zdrowotnych pacjenta, które mogą wpływać na jego funkcjonowanie i rozwój**

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

**III. Zalecenia wynikające z niepełnosprawności słuchowej i ewentualnych dodatkowych problemów zdrowotnych.**

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

.....

(pieczęć i podpis lekarza)