

.....
(Pieczęć placówki medycznej)

**Zaświadczenie lekarza audiologa /laryngologa/ otolaryngologa
o stanie zdrowia dziecka*/ucznia* dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Mrągowie działającego na podstawie
Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń
i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach
psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z 14 września 2017r. poz. 1743)**

Imię, imiona i nazwisko dziecka*/ucznia*

Data i miejsce urodzenia dziecka*/ucznia*

Numer PESEL dziecka*/ucznia*

Adres zamieszkania dziecka*/ucznia*

Zaświadczenie dotyczy dziecka * /ucznia* w stosunku do którego będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na niesłyszenie lub słabesłyszenie.

1. Określenie stanu zdrowia dziecka*/ucznia*:

1) Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:

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

2) Rodzaj niedosłuchu:

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

*** właściwe podkreślić**

3) Stopień niedosłuchu:

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

Stopień ubytku słuchu:

Ucho prawe (poziom dB).....

Ucho lewe (poziom dB).....

4) Opis przebiegu choroby, czas zdiagnozowania wady słuchu, rokowania.

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

5) Czy stwierdza się u dziecka/ucznia niepełnosprawność

- dziecko */ uczeń * niesłyszący *

- dziecko * / uczeń * słabosłyszący *

- Nie stwierdza się wyżej wymienionych niepełnosprawności *

6) Jakich środków pomocniczych / sprzętu specjalistycznego wymaga w procesie kształcenia dziecko */ uczeń * ze względu na występującą niepełnosprawność:

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

7) Wpływ uszkodzenia słuchu na przebieg procesu edukacji:

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

*** właściwe podkreślić**

8) Zalecenia do pracy z dzieckiem */ uczniem* w przedszkolu* / szkole*.

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

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

*** właściwe podkreślić**