

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

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.2017 poz.1743;§ 6 ust.4 oraz§ 13.ust. 2)

Imię i nazwisko .....ur.....

Miejsce zamieszkania.....

*Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej.*

1. Ze względu na występującą wadę słuchu, zgodnie z Audiometryczną Klasyfikacją Uszkodzeń Słuchu dziecko / uczeń jest (**właściwie zaznaczyć**)

- słabosłyszący**
- niesłyszący**
- inne**

2. Choroba główna i choroby współistniejące wraz z **oznaczeniem alfanumerycznym**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**):

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

3. Głębokość ubytku słuchu i poziom dB

.....

4. Leczony od .....

5. Dodatkowo występujące choroby, deficyty, trudności:

.....

6. Krótki opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia oraz ewentualne rokowania:

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

7. Wynikające z niepełnosprawności **ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka w środowisku edukacyjnym, zalecane warunki i formy wsparcia:

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

8. W przypadku takich potrzeb, należy określić niezbędny proces kształcenia sprzęt specjalistyczny, specjalne środki dydaktyczne, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjno – komunikacyjnych:.....  
.....  
.....

**Do zaświadczenia należy dołączyć audiogram wraz z datą wykonanego badania.**

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza