

Druk zaświadczenia o stanie zdrowia dziecka, ucznia słabosłyszącego lub niesłyszącego zgodnie z §6 ust. 6 pkt 1 z Rozporządzeniem Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026 r., poz. 428)

.....
(pieczęć placówki medycznej,
w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji
wymagana jest pieczęć placówki publicznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę: audiologii/foniatry/otolaryngologii dziecięcej/otolaryngologii dla potrzeb zespołu orzekającego Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Stoku Lackim
(dotyczy postępowania w sprawie kształcenia specjalnego/wczesnego wspomagania rozwoju dziecka)

I. Dane dziecka

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data i miejsce urodzenia, PESEL:
3. Adres zamieszkania:
4. Leczony(a) laryngologicznie/audiologicznie od:
5. Zaaparatowany: tak/nie (od kiedy?):

II. Rozpoznanie medyczne

1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z kodem ICD

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

2. Wyniki badań audiologicznych (w załączeniu aktualny audiogram)

.....

III. Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej

1. Ubytek słuchu

- Ucho prawe.....
- Ucho lewe.....

2. Rodzaj ubytku słuchu (przewodzeniowy, odbiorczy, mieszany)

3. Stopień ubytku słuchu (lekki/umiarkowany/znaczny/głęboki/

4. Zaopatrzenie protetyczne

- Aparat słuchowy.....
- Implant ślimakowy.....
- System FM/ inne wspomagające.....

IV. Dodatkowe zaburzenia w funkcjonowaniu narządu słuchu:

.....
.....

V. Ocena funkcjonalna słyszenia

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

VI. Ograniczenia w funkcjonowaniu i zalecenia dotyczące warunków i formy wsparcia w procesie edukacji:

- wydłużenie czasu pracy: wymaga/nie wymaga
- miejsce w pierwszej ławce: wymaga/nie wymaga
- dostosowanie programu nauczania: wymaga/nie wymaga
- wpływ wady słuchu na komunikację, rozwój mowy oraz funkcjonowanie dziecka w przedszkolu/szkole:

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

- zalecane formy komunikacji:.....
- inne wskazania:.....

VII. Określenie i uzasadnienie, w zależności od potrzeb dziecka/ucznia niedosłyszącego/niesłyszącego, niezbędnego w procesie kształcenia sprzętu specjalistycznego i środków dydaktycznych, w tym wykorzystujących technologie informacyjno-komunikacyjne

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

VIII. Prognoza dotycząca leczenia:

.....
.....

IX. Kwalifikacja:

Dziecko/uczeń zalicza się do grupy

Osób słabosłyszących: TAK / NIE (właściwe podkreślić)

Osób niesłyszących: TAK/ NIE (właściwe podkreślić)

Kwalifikacja wskazuje /nie wskazuje* (właściwe podkreślić) na potrzebę objęcia ucznia

kształceniem specjalnym/wczesnym wspomaganiem rozwoju dziecka* (właściwe podkreślić)

.....
miejscowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza,
lekarz w trakcie specjalizacji audiologii
/foniatrii/otolaryngologii dziecięcej/otolaryngologii