

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dotyczy przyznania **kształcenia specjalnego dla ucznia niesłyszącego / słabosłyszącego**:

..... |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__,
(imię i nazwisko) (PESEL)

urodzonego w,
(data) (miejsowość)

zamieszkałego w,
(adres)

Rozpoznanie: (diagnoza i symbol niepełnosprawności),

Symbol ICD 10

--	--	--	--

.....
Diagnoza (aktualny stan słuchu, stopień ubytku słuchu i poziom w dB):

Ucho prawe:.....
.....
.....
.....

Ucho lewe.....
.....
.....
.....

Typ niedosłuchu.....
.....
.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Kartuzach
83 – 300 Kartuzy, ul. Kolejowa 17, (58) 736-63-74, sekretariat@pppkartuzy.pl

Rokowania.....
.....
.....
.....
.....

Wpływ uszkodzenia na rozwój dziecka/ucznia i jego funkcjonowanie w szkole/przedszkolu:
.....
.....
.....
.....

Czy dziecko/uczeń wymaga środków pomocniczych, dostosowanych warunków pracy i nauki - jakich? (np.: aparat słuchowy, system Fm, określone miejsce siedzenia w klasie i inne)
.....
.....
.....
.....

Inne szczegółowe zalecenia:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
/pieczętka i podpis lekarza/