

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY

o dziecku/uczniu w przypadku niesłyszenia lub słabego słyszenia

na potrzeby Zespołu Orzekającego działającego przy publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej
(wydaje lekarz specjalista audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii)

Na podstawie Rozporządzenia 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 poz. 428) oraz Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, z późn. zm. (Dz.U. 2024 poz. 1714).

Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania.....

1) **Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego** wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (opisane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji):

Kod ICD -

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

2) **Stopień ubytku słuchu/poziom w dB**

UCHO PRAWY:

UCHO LEWE:

3) Opis przebiegu choroby, czas zdiagnozowania wady słuchu, rokowania:

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

4) Jakich środków pomocniczych/sprzętu potrzebuje dziecko?:

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

5) Wpływ uszkodzenia słuchu na przebieg procesu edukacji:

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

6) Zalecenia do pracy z dzieckiem w szkole/przedszkolu:

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

.....

(miejsowość, data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)