

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA LARYNGOLOGA
DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO DZIAŁAJĄCEGO
W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych /Dz. U. Nr 173, poz. 1072 § 6. ustęp 4 /.

1. Imię i Nazwisko dziecka
2. Data urodzenia.
3. Miejsce zamieszkania (dokładny adres, kod pocztowy).....
.....

4. **Rozpoznanie** (rodzaj i głębokość ubytku słuchu oraz poziom w dB) :

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

5. **Dodatkowo występujące choroby, deficyty, trudności:**

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

6. **Audiogram** w załączeniu (przy uszkodzeniu słuchu):

7. **Wpływ uszkodzenia słuchu na rozwój i funkcjonowanie dziecka/ucznia* w szkole/przedszkolu* :**

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

8. **Zaleca się :**

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

9. **Leczona(y) od :**

.....
(Wydano dnia)

.....
(Podpis i pieczęć lekarza)