

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza  
praktykującego indywidualnie)

**Z A Ś W I A D C Z E N I E   L E K A R S K I E**  
**SPECJALISTY LARYNGOLOGA**  
**o stanie zdrowia dziecka / ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego**  
**w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Makowie Mazowieckim**

**Dane dziecka:**

Imię i nazwisko ..... ur. ....

Miejsce zamieszkania .....

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

ucho prawe:.....

.....

ucho lewe:.....

.....

**Typ niedosłuchu:**

.....

**Audiogram w załączeniu (przy uszkodzonym słuchu):**

.....

**Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:**

.....

.....

.....

.....

**Rokowania**

.....

.....

.....

**Pacjent jest dzieckiem/ucznem (właściwe podkreślić):**

- a) słabosłyszającym
- b) niesłyszającym
- c) prawidłowo słyszającym

**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)

.....

.....

.....

.....

**Określenie czasu, w którym dziecko/uczeń wymaga kształcenia specjalnego (okres roku szkolnego/etapu edukacyjnego):**

.....

**Inne szczegółowe zalecenia:**

.....

.....

.....

.....

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/podpis lekarza/