……
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY W ZAKRESIE AUDIOLOGII, FONIATRII, OTOLARYNGOLOGII O STANIE ZDROWIA

ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej działającego na podstawie *Rozp. MEN z dn. 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r., poz. 428).*

Imię i nazwisko: …….. ur. ……..……
Miejsce zamieszkania …….…….

PESEL

1. Rozpoznanie choroby wraz z oznaczeniem alfanumerycznym (ICD) (rodzaj i głębokość ubytku słuchu i poziom w dB na podstawie audiogramu lub innych specjalistycznych badań słuchu*).....
.....
.....
2. Dodatkowo występujące choroby, deficyty, trudności.....
.....
.....
3. Wpływ uszkodzenia słuchu na rozwój i funkcjonowanie w szkole/przedszkolu.....
.....
.....
……...
……...
….....
4. Rokowania.....
.....
……...

*** do zaświadczenia należy dołączyć aktualny audiogram/inne wyniki specjalistycznych badań słuchu**

..... ……..……
/miejscowość i data/ /pieczątka i podpis lekarza specjalisty/