

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy wniosku

**o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/opinii o potrzebie wczesnego
wspomagania rozwoju dla dziecka/ucznia
w przypadku niesłyszenia albo słabego słyszenia**

wydane przez lekarza specjalistę audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii

(dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Dworze Gdańskim)

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN 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)

Imię i nazwisko..... **PESEL**.....

Data urodzenia: **Miejsce urodzenia:**

Rozpoznanie wraz z oznaczeniem zgodnym z ICD

Niedosłuch/głuchota*

obustronny/jednostronny*

Stopień ubytku słuchu:.....

Rodzaj uszkodzenia słuchu.....

Ocena funkcjonalna słyszenia:*

- nie wymaga wsparcia aparatu słuchowego
- zakwalifikowany do protezowania aparatem słuchowym/implantem ślimakowym
- korzysta z:

UP – aparat słuchowy/implant ślimakowy

UL – aparat słuchowy/implant ślimakowy

Poziom komunikacji uwzględniający możliwości w zakresie komunikacji werbalnej i niewerbalnych metod komunikacji w tym języka migowego i fonogestów:

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

Od kiedy dziecko/uczeń pozostaje pod opieką Poradni Specjalistycznej

Przebieg dotychczasowego leczenia

.....

.....

.....

.....

Wpływ jednostki chorobowej na funkcjonowanie dziecka/ucznia, jego ograniczenia

.....

.....

.....

.....

Zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb dziecka/ucznia, wspomaganie jego rozwoju

(wskazówki do pracy z dzieckiem/ucznem, zalecane metody i formy pracy, specjalistyczny sprzęt, urządzenia wspomagające słyszenie i odbiór audiowizualny, specjalne warunki kształcenia – jakie?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis i pieczęć lekarza