.....

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia **słabosłyszącego i niesłyszącego** na potrzeby zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kowarach

w celu wydania **orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

Podstawa prawna: *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 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)*

Dane dziecka/ucznia

Imię i nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Miejsce zamieszkania: .....

---

1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego

(Pełna diagnoza wraz z kodem ICD-10, potwierdzona przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji, zgodnie z rodzajem niepełnosprawności lub problemu zdrowotnego):
a) w przypadku niesłyszenia lub słabego słyszenia – audiolog, foniatria, otolaryngolog dziecięcy (dziecko do 18 r. ż, lub otolaryngolog (dziecko po ukończeniu 18 r. ż.),

Pełna diagnoza wraz z kodem ICD-10:

ICD - |

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego:

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

---

2. Czas i przebieg leczenia

(Opis przebiegu leczenia, rehabilitacji, stosowanych terapii i okresów hospitalizacji, jeśli dotyczy.)

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

---

3. W przypadku niesłyszenia lub słabego słyszenia

- Stopień i rodzaj niedosłuchu/uszkodzenia słuchu:

  .....

  .....

- Ocena funkcjonalna słyszenia:

  .....

  .....

- Korzystanie z aparatów słuchowych, sprzętu specjalistycznego (np. system FM):

  .....

  .....

- Zalecenia do pracy w przedszkolu/szkole:

  .....

  .....

---

4. Ograniczenia funkcjonowania dziecka/ucznia

(Opis ograniczeń w funkcjonowaniu w przedszkolu, szkole lub placówce wynikających z rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego.)

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

---

5. Informacje dodatkowe dotyczące opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień

(W przypadku objęcia dziecka/ucznia opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień – zalecenia do pracy w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, jeśli zostały przekazane przez lekarza udzielającego świadczenia.)

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

....

Miejscowość, data *Pieczątka i podpis lekarza*