

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
O STANIE ZDROWIA DZIECKA 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 /

Imię i Nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

**DOTYCZY:**

- dziecka/ucznia niesłyszącego,
- dziecka/ucznia słabosłyszącego\*

1. Rozpoznanie schorzenia (w języku polskim) .....

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

2. Czy stwierdzone schorzenie narządu słuchu wymaga uwzględnienia specjalnych potrzeb w procesie Edukacji?

**TAK**

**NIE\***

3. Jeżeli tak, to w jakim zakresie? Należy wypisać wskazania do celów edukacyjnych:

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

\*właściwe zaznaczyć

.....

/Miejscowość, data/

.....

/pieczęć i podpis lekarza specjalisty/