

.....
pieczęć poradni

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE W CELU WYDANIA
PRZEZ PORADNIĘ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ
ORZECZENIA
O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO
DLA DZIECI/UCZNIÓW SŁABOSŁYSZĄCYCH I NIESŁYSZĄCYCH**

Imię i nazwisko		
Data urodzenia		
PESEL		
ICD		
Stopień uszkodzenia słuchu	Ucho prawe	Ucho lewe
Rodzaj uszkodzenia słuchu		
Wpływ uszkodzenia słuchu na funkcjonowanie dziecka		
Rokowania		

.....
data

.....
pieczęćka i podpis lekarzaⁱ

ⁱ Zaświadczenie może wystawić audiolog, foniatra, otolaryngolog dziecięcy, orolaryngolog