

**Zaświadczenie lekarskie laryngologiczne/audiologiczne
dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
niezbędne do wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data urodzenia PESEL:
3. Adres zamieszkania:
4. Leczony (a) laryngologicznie (audiologicznie) od:
5. Zaaparatowany : tak / nie (od kiedy?)
6. Rozpoznanie:.....
.....
.....

- wynik audiogramu: prawidłowy / nieprawidłowy (UL.....db, UP.....db)
- wynik tympanometru: prawidłowy/ nieprawidłowy (Typ
- inne badania:.....

**Na podstawie przeprowadzonej diagnozy badanego można zaliczyć / nie można zaliczyć *
do osób słabosłyszących o typie niedosłuchu : przewodzeniowy, odbiorczy, mieszany . ***

*(właściwe podkreślić)

7. Dodatkowe zaburzenia w funkcjonowaniu narządu słuchu:

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

8 .Wskazania do nauki:

- wydłużenie czasu pracy: wymaga/ nie wymaga
- miejsce w pierwsze ławce: wymaga/ nie wymaga
- dostosowanie programu nauczania: wymaga/ nie wymaga
- inne wskazania:

.....
.....

9 . Prognoza dotycząca leczenia:

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

.....
(data ,pieczęć i podpis lekarza)

*Do zaświadczenie lekarskiego rodzic dołącza kserokopię wyników badań potwierdzających niedosłuch,
wadę słuchu*