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

(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA LARYNGOLOGA DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO DZIAŁAJĄCEGO W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ W RADZIEJOWIE**

Podstawa prawna : Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. Z 2017 r. poz 1743§6 ust 5)

1. Imię i Nazwisko dziecka ................................................................................................

2. Data urodzenia. .............................................................................................................

3. Miejsce zamieszkania (dokładny adres, kod pocztowy).......................................................

…………………………………………………………………………………………………...

4. Rozpoznanie (rodzaj i głębokość ubytku słuchu oraz poziom w dB) :

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

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

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

5. Dodatkowo występujące choroby, deficyty, trudności:

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

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

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

6. Audiogram w załączeniu (przy uszkodzeniu słuchu): ........................................................

7.Wpływ uszkodzenia słuchu na rozwój i funkcjonowanie dziecka/ucznia\* w szkole/przedszkolu\*:

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

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

8. Czy uczeń wymaga przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, dostosowanych warunków pracy i nauki (jeżeli tak to jakich?) (np. aparat słuchowy, system Fm, określone miejsce siedzenia w klasie i inne)…………………………………………………………….....

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

9. Zaleca się :.....................................................................................................................

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

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

10. Leczona(y) od :

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

…………………………… …………………………………

 (Wydano dnia) (Podpis i pieczątka lekarza)