…….. …….....
(pieczęć placówki medycznej) (miejscowość, data)

Zaświadczenie lekarskie

dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej
w Pasłęku

Wypełnia się dla dzieci / uczniów **słabo słyszących lub niesłyszących** w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego lub wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię i nazwisko dziecka…….

Data urodzenia……

Adres zamieszkania……

1. Rozpoznanie/Diagnoza……...……
   …….……
   …….
2. Opis przebiegu choroby oraz opis aktualnego stanu zdrowia
   (dotychczasowe leczenie, pobyty w szpitalu) ……
   ……..…….
   …….....
   …….…….…….
3. Stopień ubytku słuchu…….……....
   ……..…..
4. Typ uszkodzenia słuchu…….……..
   ……..……....
5. Czy zalecone jest protezowanie słuchu ?
   tak nie
6. Zalecenia do pracy w przedszkolu/ szkole, np. odpowiednie miejsce dziecka w klasie.
   ……
   ……
   ……

……...
(pieczęć i podpis lekarza)