

[Pieczęć placówki medycznej]

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W OLKUSZU

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
DIAGNOSTYKA DYSFUNKCJI SŁUCHU**

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego

Miejscowość i data:

DANE DZIECKA/UCZNIA

Imię (imiona) i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

DANE PRZEDSZKOLA/SZKOŁY do której uczęszcza dziecko/uczeń

Nazwa przedszkola/szkoły:

Klasa:

ROZPOZNANIE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Oznaczenie w ICD:

Diagnoza (rozpoznanie):

<p>Opis przebiegu dotychczasowego leczenia (od kiedy dziecko/uczeń posiada dokumentację medyczną dot. problemów ze słuchem, ocena wyników zastosowanego leczenia, wyniki audiogramu, możliwości poprawy słuchu):</p>	
<p>Wpływ uszkodzenia słuchu na rozwój i funkcjonowanie w szkole:</p>	
<p>Czy dysfunkcja słuchu kwalifikuje dziecko/ucznia do osób słabosłyszących lub niesłyszących? (proszę wpisać: słabosłyszące, niesłyszące lub nie kwalifikuje)</p>	<p>.....</p> <p>(proszę obowiązkowo uzupełnić)</p>
<p>Zaświadczenie zostało wydane na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.</p>	
<p>[Pieczętka i podpis lekarza specjalisty lub lekarza POZ]</p>	
<p>PODSTAWY PRAWNE</p>	
<p>Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. Nr 173 p.1072); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. Nr 228, p.1490 z póź.zm.), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. z 2014r., p.1157).</p>	