



Załącznik nr 4 do P03-Orz: „Zaświadczenie lekarskie - słuch”

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Załącznik B-2/2018
do Regulaminu działalności ZO
z dnia 01.03. 2018r.

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Swarzędzu**

Wypełnia się dla dzieci i młodzieży, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego lub wczesnego wspomaganie rozwoju z uwagi na niepełnosprawność słuchu

Podstawa prawna:

§ 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017r. poz.1743).

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Miejsce zamieszkania

1. Diagnoza (rozpoznanie)

.....
.....

a) stopień uszkodzenia słuchu według Międzynarodowego Biura Audiofonologii (BIAP)

ucho lewe (UL) dB

ucho prawe (UP) dB

b) typ uszkodzenia słuchu

.....

c) dodatkowe wady i utrudnienia

.....
.....



2. Przyczyna uszkodzenia słuchu

.....

3. Wiek dziecka, w którym stwierdzono uszkodzenie słuchu

.....

4. Dziecko:

a) zaaparatowano TAK / NIE w wieku

b) zaimplantowano TAK / NIE w wieku

5. Sposób porozumiewania się dziecka

.....

6. Wpływ deficytów na techniki szkolne (czytanie, pisanie)

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

7. Zaleca się

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)