

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

Data

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez lekarza specjalistę audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej, otolaryngologii
lub lekarza w trakcie specjalizacji¹,

dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dla dziecka/ucznia słabo słyszącego/niysłyszącego

(dla potrzeb Zespołu Orzekającego PCWE/Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Olecku)

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez
zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026, poz. 428)

Imię i nazwisko										
PESEL										

Rozpoznanie wraz z oznaczeniem zgodnym z ICD

- słabe słyszenie niysłyszenie² obustronne jednostronne²

Stopień ubytku słuchu:.....

Rodzaj uszkodzenia słuchu.....

Ocena funkcjonalna słyszenia:²

- nie wymaga wsparcia aparatu słuchowego
 zakwalifikowany do protezowania aparatem słuchowym/implantem ślimakowym
 korzysta z: UP - aparat słuchowy/implant ślimakowy
 UL - aparat słuchowy/implant ślimakowy

Wynikające z choroby lub problemu zdrowotnego **ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia:**

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

.....
Pieczęć i podpis lekarza

¹ w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
² właściwe zaznaczyć