



ZAŚWIADCZENIE LEKARZA DLA CELÓW OŚWIATOWYCH

(otolaryngolog, laryngolog, audiolog, foniatra, specjalista chorób ucha, nosa, gardła i krtani)

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia: PESEL:

Adres zamieszkania:

Leczony/a od:

Diagnoza:

.....
.....

	ucho prawe	ucho lewe
Stopień ubytku słuchu		

Typ niedosłuchu:

.....
.....

Wpływ schorzenia na naukę w szkole:

.....
.....

Wskazania do nauki:

- dodatkowe pomoce: wymaga/nie wymaga
- wydłużenie czasu pracy: wymaga/nie wymaga
- miejsce w pierwszej ławce: wymaga/nie wymaga

• inne wskazanie:

.....
.....

Informacja dotycząca aparatów słuchowych/implantów:

- posiada
- nie posiada

Prognoza dotycząca leczenia:

.....

.....

Do zaświadczenia należy dołączyć aktualny audiogram.

.....

pieczętka podpis lekarza specjalisty