



## 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.

.....

data

.....

pieczętka i podpis lekarza specjalisty