

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OTOLARYNGOLOGA
dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Miejskiej Poradni – Pedagogicznej w Krośnie
w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
ze względu na niepełnosprawność: słabosłyszenie lub niesłyszenie

1. Imię i nazwisko dziecka/ucznia

data i miejsce urodzenia:

miejsce zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

.....

2. Wynik badania

a) głębokość ubytku słuchu – poziom w dB:

ucho prawe

ucho lewe

b) uszkodzenie słuchu (wg klasyfikacji BIAP):

.....

3. Funkcjonalny stan narządu słuchu (ograniczenia w funkcjonowaniu, które utrudniają naukę):

.....

.....

- a) występuje uszkodzenie słuchu – **tj. niepełnosprawność**, która powoduje konieczność stosowania **specjalnej** organizacji nauki i metod pracy *
- b) występują odchylenia i zaburzenia rozwojowe, których podłożem są specyficzne trudności i zaburzenia wyższych funkcji słuchowych *

** właściwe podkreślić:*

4. Zalecenia lekarskie dla nauczycieli wynikające ze stanu zdrowia i leczenia

.....

.....

.....
podpis i pieczęć lekarza