

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OTOLARYNGOLOGA**  
**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego**  
**(do wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)**

**(wydaje lekarz specjalista lub lekarz POZ na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego)**

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. Nr 173 p.1072); Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. Nr 228, p.1490 z póź.zm.), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. z 2014r., p.1157) w Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Powiatu Krakowskiego, Kraków ul. Zakątek 2

**Dane dziecka/ucznia:**

Imię/imiona i nazwisko .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania ..... Kod pocztowy .....

Przedszkole/szkoła ..... Klasa .....

**I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:**

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (rodzaj i głębokość ubytku słuchu i poziom w dB):

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

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

Audiogram w załączeniu (przy uszkodzeniu słuchu)

.....  
.....

Wpływ uszkodzenia analizatora słuchowego na rozwój i funkcjonowanie w szkole

.....

.....

.....

.....

miejsowość, data

.....

pieczętka i podpis lekarza