

Pieczętka nagłówkowa placówki

.....  
miejsowość, data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**SPECJALISTY OTOLARYNGOLOGA/LARYNGOLOGA/AUDIOLOGA**

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno –  
Pedagogicznej

Imię i nazwisko ucznia .....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie – określenie wady słuchu

.....  
.....

ucho prawe.....

.....  
ucho lewe.....

.....  
.....

Zastosowane leczenie, wyniki audiogramu, rokowania

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

Zalecenia dotyczące edukacji ( czy dziecko wymaga specjalnej organizacji nauki i metod  
pracy ).

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

.....  
Podpis i pieczęć lekarza