…….
pieczęć placówki służby zdrowia

Data ……

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez lekarza specjalistę audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej, otolaryngologii lub lekarza w trakcie specjalizacji[1],

dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dla dziecka/ucznia słabosłyszącego/niesłyszącego

(dla potrzeb Zespołu Orzekającego Miejskiej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Koszalinie)

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. 2026, poz. 428)

Imię i nazwisko..... **PESEL**……..

Rozpoznanie wraz z oznaczeniem zgodnym z ICD ……

Niedosłuch/głuchota[2] obustronny/jednostronny[2]

Stopień ubytku słuchu:……

Rodzaj uszkodzenia słuchu……..

Ocena funkcjonalna słyszenia:[2]

- nie wymaga wsparcia aparatu słuchowego
- zakwalifikowany do protezowania aparatem słuchowym/implantem ślimakowym
- korzysta z: UP - aparat słuchowy/implant ślimakowy
  UL - aparat słuchowy/implant ślimakowy

Wynikające z choroby lub problemu zdrowotnego **ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia**

.....

.....

.....

…….
Pieczęć i podpis lekarza

[1] w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
[2] właściwe podkreślić