

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(zaświadczenie lekarskie, zawierające orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2026 r. poz. 37 i 203), określające rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), wydane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji, w dziedzinie medycyny odpowiednio:
w przypadku niesłyszenia albo słabego słyszenia – audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej lub otolaryngologii)

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rawiczu

(działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie opinii i orzeczeń wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych, Dz.U. 2026 poz.428)

Dot. Kształcenia specjalnego/wczesnego wspomaganie rozwoju dla dziecka/ucznia z uwagi na niesłyszenie lub słabo słyszenie

1. Dane dziecka/ucznia:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

2. Rozpoznanie niepełnosprawności lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:

.....
.....

Ucho prawe:

Stopień ubytku słuchu:

Poziom w dB:

Ucho lewe:

Stopień ubytku słuchu:

Poziom w dB:

Rodzaj utraty słuchu*:

- przewodzeniowy
- odbiorczy
- mieszany

Stopień uszkodzenia słuchu u dziecka/ucznia*:

- niesłyszenie
- słabe słyszenie

* właściwe zaznaczyć

3. Opis stanu zdrowia dziecka/ucznia: (w tym przebieg choroby, funkcjonowanie, dotychczasowe leczenie, objawy istotne dla procesu edukacyjnego):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rokowania:.....

.....

.....

4. Wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie dziecka/ucznia: (wpływ uszkodzenia, w szczególności trudności w codziennym funkcjonowaniu, nauce, komunikacji, zachowaniu):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Informacja o leczeniu (czas trwania leczenia, jego przebieg, stosowane formy terapii):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Zalecenia dotyczące pracy z dzieckiem/uczniem w przedszkolu/szkole/placówce:

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

- **Czy dziecko/uczeń wymaga środków pomocniczych, dostosowanych warunków pracy i nauki – jakich? (np. aparat słuchowy, system FM i inne):**

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

7. Uwagi dodatkowe (opcjonalnie):

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

POUCZENIE:

Zaświadczenie wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji lekarz ten wydaje w ramach udzielanych dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)