

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie:  
**AUDIOLOGII, FONIATRII, OTOLARYNGOLOGII DZIECIĘCEJ LUB OTOLARYNGOLOGII**  
o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni  
Psychologiczno-Pedagogicznej w Grajewie

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: \_\_\_\_\_

Numer PESEL:

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

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego **wskazane ze względu na:** niepełnosprawność dziecka lub ucznia (*właściwe podkreślić*):

niesłyszenie

słabe słyszenie

**Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**)

Kod ICD: \_\_\_\_\_

Średni ubytek słuchu UP \_\_\_\_\_ UL \_\_\_\_\_

Rodzaj ubytku słuchu \_\_\_\_\_

Aparat słuchowy/implant ślimakowy UP \_\_\_\_\_ UL \_\_\_\_\_

Wykonane badania audiologiczne (prosimy o dołączenie audiogramu lub wyników innych badań audiologicznych potwierdzających ubytek słuchu):

Rokowania:

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka / ucznia

**Wskazania dla nauczycieli** – sprzyjający dziecku sposób dostosowania warunków kształcenia w przedszkolu / szkole, w tym niezbędny w procesie edukacji sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne

---

---

**Choroby współwystępujące:** \_\_\_\_\_

---

(pieczętka i podpis lekarza)