....

(pieczątka placówki medycznej *(miejscowość, data)*

ZAŚWIADCZENIE

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNA W ..... ZWRACA SIĘ

miejscowość

Z UPRZEJMĄ PROŚBĄ O PRZEKAZANIE INFORMACJI O STANIE SŁUCHU PACJENTA

Podstawa prawna: *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2023 poz. 2061)*

A. INFORMACJE O DZIECKU:

Imię i nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	
Adres zamieszkania	

B. TREŚĆ

1. Leczony od : .....
2. Rozpoznanie (rodzaj i głębokość ubytku słuchu i poziom w dB) .....

   .....

   .....

   .....

   .....
3. Dodatkowo występujące choroby, deficyty, trudności .....

   .....

   .....
4. Audiogram w załączeniu (przy uszkodzeniu słuchu) .....

   .....

   .....
5. Wpływ uszkodzenia na rozwój i funkcjonowanie w szkole .....

   .....

   .....
6. Zaleca się .....

   .....

   .....

C. PODPIS

.....

(pieczątka i podpis lekarza prowadzącego badanie)

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W PRUDNIKU, ul. Parkowa, 10, 48-200, Prudnik, NIP: 755 183 90 38, REGON: 000743008,tel. 774363862

© 2025 - Centrum Cyfryzacji sp. z o.o.