

Data

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

ZAŚWIADCZENIE

dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/ opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju

dla dziecka/ucznia słabosłyszącego/niesłyszącego

wydane przez lekarza specjalistę audiologii, foniatrii, otolaryngologii dziecięcej, otolaryngologii
lub lekarza w trakcie specjalizacji¹,

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Grudziądzu, ul. Korczaka 23

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 choroby lub problemu zdrowotnego

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

Oznaczenie alfanumeryczne choroby zgodne z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).....

	UP	UL
stopień ubytku słuchu		
rodzaj uszkodzenia słuchu		

Ocena funkcjonalna słyszenia:²

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

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje o czasie i przebiegu leczenia choroby lub problemu zdrowotnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pieczęć i podpis lekarza