

.....
/pieczęć placówki medycznej/

**ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA SPECJALISTY
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego**

Wypełnia się dla dzieci/uczniów, wobec których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego z uwagi na uszkodzenie słuchu.

Imię i nazwisko

Data urodzenia **PESEL**

1. Rozpoznanie medyczne, informacje dotyczące przebiegu choroby (dotychczasowe leczenie, rodzaj protezy słuchowej, itp.):

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

2. Zgodnie z audiometryczną klasyfikacją uszkodzeń słuchu dziecko/uczeń jest (właściwe podkreślić):

a) słabosłyszący* b) niesłyszący** c) słuch jest prawidłowy

3. Rodzaj uszkodzenia słuchu (właściwe podkreślić):

a) przewodzeniowy b) odbiorczy c) mieszany

4. Progi słyszenia (na podstawie audiogramu lub badania ABR z ostatnich 6 miesięcy):

	UCHO PRAWE	UCHO LEWE
500 Hz
1000 Hz
2000 Hz
4000 Hz

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczęć i podpis lekarza specjalisty/

* uczeń słabosłyszący – średnie uszkodzenie słuchu w granicach 21- 40 dB – lekkie, 41 – 70 dB – umiarkowane

** uczeń niesłyszący – średnie uszkodzenie słuchu w granicach 71- 90 dB – znaczne, powyżej 90 dB - głębokie