

.....
pieczęć placówki wydającej zaświadczenie

**Zaświadczenie lekarza otolaryngologa
dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Tarnowie**

1. Dane dziecka/ucznia:

a/ imię i nazwisko:

b/ data urodzenia:PESEL.....

c/ miejsce zamieszkania:

2. Leczona(y) od:

3. Rozpoznanie (rodzaj i głębokość ubytku słuchu oraz poziom w dB, a także oznaczenie alfanumeryczne – zgodnie z ICD):

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

PACJENT jest (właściwe wpisać)
słabosłyszący / niesłyszący / nie dotyczy

4. Dodatkowo występujące choroby, deficyty, trudności:

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

5. Audiogram i inne badania audiologiczne w załączeniu (przy uszkodzeniu słuchu):

.....

6. Wpływ uszkodzenia na rozwój i funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:

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

7. Zaleca się:

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Zapoznałam/em się z treścią zaświadczenia.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pięnoletniego ucznia)