

[pieczęć placówki medycznej]	
<b>PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W MIECHOWIE</b>	
<p style="text-align: center;"><b>ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia dziecka/ucznia</b></p> <p style="text-align: center;">dla potrzeb Zespołu Orzekającego</p> <p style="text-align: center;">działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026 poz. 428)</p> <p style="text-align: center;"><b><u>DO PORADNI AUDIOLOGICZNEJ, FONIATRYCZNEJ, OTOLARYNGOLOGICZNEJ DZIECIĘCEJ,</u></b> <b><u>OTOLARYNGOLOGICZNEJ</u></b></p>	
Miejscowość i data	
<b>DANE DZIECKA /UCZNIA</b>	
Imię (imiona) i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres zamieszkania	
<b>DANE PRZEDSZKOLA/SZKOŁY, do której uczęszcza dziecko/uczeń</b>	
Nazwa przedszkola/szkoły:	
Klasa:	
<b>ROZPOZNANIE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO</b>	
Oznaczenie ICD:	
Diagnoza (rozpoznanie):	

<p>Opis dotychczasowego leczenia (od kiedy dziecko/uczeń posiada dokumentację medyczną dot. problemów ze słuchem, ocena wyników zastosowanego leczenia, wyniki audiogramu, możliwości poprawy słuchu):</p>	
<p>Wpływ uszkodzenia słuchu na rozwój i funkcjonowanie w szkole:</p>	
<p>Czy dysfunkcja słuchu kwalifikuje dziecko/ucznia do osób słabosłyszących lub niesłyszących (<b>proszę wpisać: słabosłyszące, niesłyszące lub nie kwalifikuje się</b>)</p>	<p style="text-align: center;"><b>(proszę obowiązkowo uzupełnić)</b></p>
<p>Zaświadczenie zostało wydane na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.</p>	
<p style="text-align: center;">[Pieczętka i podpis lekarza specjalisty]</p>	
<p><b>UWAGI</b></p>	
<p>Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich punktach, inaczej będzie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia.</p>	