



Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Dębicy

39 – 200 Dębica ul. Parkowa 28 tel. 14 670 24 60

e – mail; sekretariat@poradniadebica.pl www.poradniadebica.pl

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA AUDIOLOGII, FONIATRII, OTOLARYNGOLOGII DZIECIĘCEJ LUB OTOLARYNGOLOGII

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
*podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026r.
w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych
poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)*

Wypełnia się dla dzieci/uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego oraz wczesnego wspomaganie rozwoju.

Imię i nazwisko **ur.**

Miejsce zamieszkania

1. Dziecko/uczeń jest osobą:

- a) niesłysząca,
- b) słabosłysząca.

2. Wymaga kształcenia specjalnego:

- a) tak
- b) nie

3. Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej, rodzaj uszkodzenia słuchu wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

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

4. Wynik badania:

a) głębokość ubytku słuchu – poziom w dB:

ucho prawe

ucho lewe

b) stopień uszkodzenia słuchu (wg klasyfikacji BIAP):

.....

5. Ocena funkcjonalna słyszenia (ograniczenia w funkcjonowaniu, które utrudniają naukę):

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

6. Zalecenia lekarskie dla nauczycieli/terapeutów wynikające z wady słuchu:

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

7. Konieczny sprzęt specjalistyczny:

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

8. Inne dodatkowo występujące choroby, deficyty, trudności:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)