

(pieczęć placówki medycznej)

(w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji
wymagana jest pieczęć placówki publicznej)

**Zaświadczenie lekarza audiologa, foniatry, otolaryngologa dziecięcego, otolaryngologa
albo lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie tej dziedziny medycyny
o stanie zdrowia dziecka/ucznia**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Siedlcach

*w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji
z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych
poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2026 r. poz. 428)*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. **Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego** wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

symbol ICD-10/ICD-11 oraz nazwa

Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej: stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu, ocena funkcjonalna słyszenia:

.....

.....

.....

Choroby współwystępujące:

.....

.....

2. **Rodzaj stwierdzonej niepełnosprawności – dziecka/ucznia (właściwe podkreślić):**

- słabosłyszzące
- niesłyszzące

3. Czy rozpoznane u dziecka/ucznia choroby warunkują **korzystanie ze specjalistycznego sprzętu medycznego:**

TAK NIE

jeśli tak , to jakiego (należy wymienić specjalistyczny sprzęt medyczny, z którego powinno korzystać dziecko)?

.....

.....

.....

4. Jakie **ograniczenia i/lub bariery w funkcjonowaniu** dziecka/ucznia powoduje choroba/problem zdrowotny?

.....

.....

.....

5. **Wpływ** choroby/problemu zdrowotnego dziecka/ucznia **na komunikację** (możliwości w zakresie komunikacji werbalnej i niewerbalnych metod komunikacji, w tym języka migowego i fonogestów), **naucę szkolną, w tym czytanie i pisanie:**

.....

.....

.....

6. Informacje o sposobie **komunikowania się** z dzieckiem lub uczniem przez rodzinę:

.....

.....

7. **Poradnie specjalistyczne** sprawujące opiekę nad dzieckiem/ uczniem:

.....

.....

8. Czy dziecko/uczeń posiada **orzeczenie o niepełnosprawności**?:

TAK NIE

9. **Przebieg choroby i dotychczasowego leczenia** (od jakiego czasu dziecko/uczeń pozostaje pod opieką lekarza specjalisty, hospitalizacja, wyniki obserwacji i badań znaczących dla stanu zdrowia, farmakoterapia)

.....

.....

10. **Przewidywany czas leczenia/występowania niepełnosprawności**

- do 1 roku

- do 3 lat

- ponad 3 lata

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty/
lekarza w trakcie specjalizacji
w zakresie audiologii, foniatrii, otolaryngologii