

.....  
/pieczętka placówki/

.....  
/ miejscowość i data/

**Zaświadczenie lekarskie**  
na potrzeby Zespołu Orzekającego Publicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej  
w Kędzierzynie – Koźlu.

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(data urodzenia)

Na podstawie diagnozy medycznej oraz zgodnie z:

- Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym lub
- Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym

stwierdza się, że dziecko/uczeń wymaga specjalnych metod kształcenia, jako osoba z niepełnosprawnością  
(*właściwe podkreślić, audiogram w załączeniu*):

- 1) niesłyszcząca
- 2) słabosłyszcząca

Rozpoznanie:

Typ niedosłuchu.....

Określić sposób i czas leczenia (aparaty słuchowe, system FM, implant słuchowy, farmakoterapia)

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza