**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Rypinie, ul. Mławska 54A, 87-500 Rypin**

**Tel.** [**54 280 50 48**](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=poradnia%20rypin&tbs=lf:1,lf_ui:2&tbm=lcl&sxsrf=ALeKk00qycSo4Al80G9f3KAyOcaJ0yAfGQ:1615658936519&rflfq=1&num=10&rldimm=11588314876882625670&lqi=Cg5wb3JhZG5pYSByeXBpbloaCghwb3JhZG5pYSIOcG9yYWRuaWEgcnlwaW6SAQ5tZWRpY2FsX2NsaW5pY6oBEBABKgwiCHBvcmFkbmlhKAs&ved=2ahUKEwi95fTH7q3vAhXNvosKHSaoBQoQvS4wBXoECAQQLg&rlst=f)**, 534 472 805, e-mail:** **sekretariat@ppprypin.pl**

 …………….......……………..…….…...............

 *pieczęć placówki medycznej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**SPECJALISTY OTOLARYNGOLOGA/LARYNGOLOGA/AUDIOLOGA**

**dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rypinie**

**dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/**

**opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

**Wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2061)

Imię (imiona) i nazwisko .....................................................………………….....................................................

Data i miejsce urodzenia ......................................................................................................................................

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………….

PESEL

Rozpoznanie choroby:

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………..

Numer statystyczny ICD:

…………………………………………………………………………………………………………………..

Ze względu na występującą wadę słuchu, zgodnie z Audiometryczną Klasyfikacją Uszkodzeń Słuchu dziecko/uczeń jest:

 słabosłyszący niesłyszący

Diagnoza:

* wyniki audiogramu

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

* rodzaj ubytku słuchu:

€ przewodzeniowy

€ odbiorczy

€ mieszany

* stopień ubytku słuchu oraz poziom w dB:

€ lekki stopień ubytku słuchu..................................................

€ umiarkowany stopień ubytku słuchu....................................

€ znaczny stopień ubytku słuchu..............................................

€ głęboki stopień ubytku słuchu...............................................

Dodatkowe wady i utrudnienia:

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

Przebieg choroby i dotychczasowego leczenia oraz rokowania:

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

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

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

Wpływ uszkodzenia na rozwój i funkcjonowanie dziecka/ucznia, zalecone warunki i formy wsparcia:

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

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

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

Potrzeby dziecka/ucznia w zakresie sprzętu specjalistycznego/ środków dydaktycznych /technologii informacyjno-komunikacyjnych:

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

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

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

 Określenie czasu, w którym dziecko/uczeń wymaga kształcenia specjalnego *(zaznaczyć jedno):*

* okres wychowania przedszkolnego
* I etap edukacyjny (kl. I-III)
* II etap edukacyjny (kl. IV-VIII)
* okres szkoły ponadpodstawowej
* określony rok szkolny……………………………………………………………………………....

.................................................... ……………………………………….

 miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza