

**Zaświadczenie lekarza otolaryngologa do celów oświatowych**

**1. Dane dziecka :**

a/ imię i nazwisko: .....

b/ data urodzenia : .....

c/ miejsce zamieszkania: .....

**2. Leczona(y) od :** .....

**3. Rozpoznanie** (rodzaj i głębokość ubytku słuchu oraz poziom w dB) :

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

**4. Dodatkowo występujące choroby, deficyty, trudności:**

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

**5. Audiogram** w załączeniu (przy uszkodzeniu słuchu): .....

**6. Wpływ uszkodzenia na rozwój i funkcjonowanie w szkole :** .....

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

**7. Zaleca się :**

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

.....  
(Wydano dnia)

.....  
(Podpis i pieczętka lekarza)