

.....
(Pieczęć placówki medycznej)

**Zaświadczenie lekarza audiologa /laryngologa/ otolaryngologa
o stanie zdrowia dziecka*/ucznia* dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Lubaczowie**

Imię, imiona i nazwisko dziecka*/ucznia*

Data i miejsce urodzenia dziecka*/ucznia*.....

Numer PESEL dziecka*/ucznia*

Badanie słuchu

1. Rozpoznanie stanu słuchu w dB:

a) ucho prawe.....dB

b) ucho lewedB

2. Stopień ubytku słuchu (zgodnie z klasyfikacją Międzynarodowego Biura Audiofonologii)*

- słuch prawidłowy (0- 20 dB)
- lekki stopień ubytku słuchu (21 – 40 dB)
- umiarkowany stopień ubytku słuchu (41 – 70 dB)
- znaczny stopień ubytku słuchu (71 – 90 dB)
- głęboki stopień ubytku słuchu (ponad 90 dB)

3. Typ niedosłuchu: *

- niedosłuch przewodzeniowy
- niedosłuch odbiorczy
- niedosłuch mieszany

4. Zakres niedosłuchu:*

- niedosłuch obustronny
- niedosłuch jednostronny (ucho prawe, ucho lewe)

5. Rokowanie: *

- niedosłuch ma charakter stały
- niedosłuch do leczenia

6 . Dziecko/uczeń jest osobą: *

- słabosłyszącą (do 70 dB)
- niesłyszącą (powyżej 70 dB)

7. Jakich środków pomocniczych / sprzętu specjalistycznego wymaga w procesie kształcenia dziecko */ uczeń * ze względu na występującą niepełnosprawność:

.....
.....

8. Wskazania:

- a) potrzeba kształcenia specjalnego z uwagi na słabe słyszenie (dziecko/uczeń słabosłyszący*)
- b) potrzeba kształcenia specjalnego z uwagi na niesłyszenie (dziecko/uczeń niesłyszący *)
- c) potrzeba dostosowania wymagań edukacyjnych z uwagi na stan zdrowia,
- d) potrzeba wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka do czasu podjęcia nauki w szkole.

.....
Data

.....
pieczęć i podpis lekarza

***właściwe proszę zaznaczyć**