**Zaświadczenie lekarza otolaryngologa do celów oświatowych**

1. Dane dziecka:

imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………….

ur. …………………………………………………………………………………………………………………………..

zam. ………………………………………………………………………………………………………………………..

2. Leczony od ……………………………………………………………………………………………………………………..

3. Rozpoznanie ( rodzaj i głębokość ubytku słuchu i 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 ………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

Wydane dnia …………………………………………