pieczątka placówki miejscowość, data ………………….

**Zaświadczenie lekarskie**

dla dzieci i młodzieży dla dzieci i młodzieży niesłyszącej i słabosłyszącej

na potrzeby Zespołu Orzekającego Publicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Ostrzeszowie

o stanie zdrowia **ucznia** dla potrzeb zespołu orzekającego

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej

z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. Nr 1743 z dnia 14 września 2017r.)

…………………………………………………….. ……………………..

(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

1. Niesłysząca
2. Słabosłysząca

**Rozpoznanie:**

stopień ubytku słuchu: UL ……………………..…… UP ….…………………………….

typ niedosłuchu …………………………………….…………………………………………

………………………………

pieczątka i podpis lekarz