



sz Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 1 w Gorzowie Wlkp., 66-400 Gorzów Wlkp.
ul. Józefa Pankiewicza 5-7, tel/fax: (0-95)7-330-467, tel: (0-95)7-330-468
<http://ppp1.powiatgorzowski.pl>; e-mail: porpsychped1@powiatgorzowski.pl

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, przeprowadzające postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego/wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci.

1. Dane dziecka

.....

Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia

.....

Pesel

.....

Adres zamieszkania dziecka/ucznia

2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego dziecka/ucznia, które powodują niepełnosprawność

.....

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

3. Diagnoza laryngologiczna / audiologiczna

Ubytek słuchu UP.....UL.....

Rodzaj ubytku słuchu.....

Aparaty słuchowe/ implant ślimakowy/system FM

UP.....

UL.....

Wykonane badania audiologiczne*:

.....

.....

