

***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 pieczęć lekarza)