

.....  
pieczętka placówki służby zdrowia

Data .....

### **Zaświadczenie lekarza otolaryngologa do celów oświatowych**

1. Imię i nazwisko dziecka:.....  
Data urodzenia:.....  
Adres zamieszkania:.....
2. Leczony 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: .....  
.....  
.....  
.....

.....  
podpis i pieczętka lekarza