

.....  
(miejsowość, data)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub lekarza praktykującego indywidualnie  
Nr identyfikacyjny REGON

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

### **dotyczące przyznania kształcenia specjalnego**

*na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017, poz.1743)*

.....  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....  
(data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia)

.....  
(PESEL dziecka/ucznia)

.....  
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

### **Ze względu na stan zdrowia (diagnoza):**

.....  
.....  
.....

### **UBYTEK SŁUCHU:**

ucho prawe.....

ucho lewe.....

### **Określenie specyficznych warunków realizacji potrzeb edukacyjnych:**

.....  
.....  
.....

Pieczęć i podpis lekarza  
przeprowadzającego badanie