

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA / UCZNIA  
Z WADĄ SŁUCHU**  
(dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)

Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. Dz. U. z 2026 r., poz. 428.

**Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista foniatra, otolaryngolog dziecięcy lub otolaryngolog  
na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

Imię i nazwisko dziecka / ucznia: .....

PESEL

Data i miejsce urodzenia:.....

Miejsce zamieszkania:.....

1. Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej ICD:

.....  
.....

2. Aktualny stopień i rodzaj uszkodzenia słuchu:

- ucho prawe.....
- ucho lewe.....

3. Ocena funkcjonowania słyszenia:

.....  
.....

4. Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie:

.....  
.....

5. Dodatkowe schorzenia i utrudnienia:

.....  
.....

5. Kwalifikacja dziecka /ucznia do kształcenia specjalnego z powodu:

- słabosłyszenia (stopień uszkodzenia umiarkowany i znaczny)\*
- niesłyszenia (stopień uszkodzenia głęboki) \*

6. Rokowania:

.....  
.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

**\*właściwe podkreślić**