Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

(w tym poradni logopedycznej)

lub specjalisty praktykującego indywidualnie \*\*

Nr identyfikacyjny / REGON

ZAŚWIADCZENIE SPECJALISTY

W wyniku specjalistycznego badania logopedycznego oraz oceny prawidłowości aparatu i funkcji głosowych, słuchowych i artykulacyjnych u

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

Imię i nazwisko

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

data i miejsce urodzenia

…………………………………………………………………………………….

numer PESEL lub rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego

orzeka się o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu nauczyciela/logopedy\* z punktu widzenia prawidłowości aparatu i funkcji głosowych, słuchowych i artykulacyjnych.

\*) niewłaściwe skreślić

\*\*) zaświadczenie wydaje logopeda

prowadzący prywatną/indywidualną praktykę zawodową

lub w ramach funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej

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

Pieczęć i podpis specjalisty

przeprowadzającego badania

.............................., dnia ...................... r.