

platné pro vykonání zkoušek Goethe-Institutu e.V.

Jméno lékaře / odborného zdravotnického pracovníka

Název a adresa zařízení / lékařské praxe, která potvrzení vystavila

Jméno účastníka zkoušky

Název zkuškového centra, ve kterém má zkouška proběhnout; plánovaný termín zkoušky

Druh specifických potřeb (chronické onemocnění / postižení)

Rozsah specifických potřeb (např. stupeň poruchy sluchu / zraku; stupeň a přesná charakteristika poruchy psaní / čtení atd.)

Důsledky pro výkon účastníka zkoušky při jednotlivých částech zkoušky:

Část zkoušky	Důsledky	Popis důsledků (prosíme pokud možno popsat srozumitelně i pro laiky)
Čtení	Ano	
	Ne	
Poslech	Ano	
	Ne	
Psaní	Ano	
	Ne	
Mluvení	Ano	
	Ne	

Další doporučení a poznámky:

Datum vystavení, razítko zařízení, příp. lékařské praxe

Podpis osoby, která potvrzení udělila