

Druk zaświadczenia o stanie zdrowia dziecka, ucznia słabowidzącego lub niewidzącego zgodnie z §6 ust. 6 pkt 1 z Rozporządzeniem Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026 r., poz. 428)

.....
(pieczęć placówki medycznej,
w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji
wymagana jest pieczęć placówki publicznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wypełnia lekarz okulista lub lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie okulistyki)

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Stoku Lackim
wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

1. Rozpoznanie okulistyczne choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

2. Ostrość wzroku do dali:

- bez korekcji: OP OL
- z optymalną korekcją: OP OL

3. Ostrość wzroku do bliży:

- bez korekcji: OP OL
- z optymalną korekcją OP OL

4. Pole widzenia

5. Określenie niepełnosprawności dziecka lub ucznia (podkreślić właściwe)

niewidzące/słabowidzące

6. Potrzeby dziecka/ucznia w zakresie sprzętu specjalistycznego:

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

7. Rokowania:

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

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty/
lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie okulistyki