

(pieczęć placówki medycznej)

(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie:
OKULISTYKI
o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Grajewie

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: _____

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego **wskazane ze względu na:** niepełnosprawność dziecka lub ucznia (*właściwe podkreślić*):

niewidzenie

słabe widzenie

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**)

Kod ICD:

Ostrość wzroku (z korekcją): **Do dali:**

OP _____

OL _____

Badano za pomocą: _____

Do bliży:

OP _____

OL _____

Badano za pomocą: _____

Wada wzroku: OP _____ OL _____

Okulary korekcyjne: OP _____ OL _____

Dno oka: OP _____ OL _____

Wynik badania na synoptoforze (zwłaszcza w zakresie widzenia obuocznego):

Wynik orientacyjnego badania pola widzenia:

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka / ucznia

Wskazania dla nauczycieli – sprzyjający dziecku sposób dostosowania warunków kształcenia w przedszkolu / szkole, w tym niezbędny w procesie edukacji sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne

Choroby współwystępujące: _____

(pieczętka i podpis lekarza)