

.....
(pieczęć placówki medycznej)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
(do wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego i /lub opinii o
potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju) *

na podstawie Rozporządzenia MEN z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych

(wydaje lekarz okulista lub lekarz w trakcie specjalizacji w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)

Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania.....

Przedszkole/szkoła Klasa

I. Zaświadczenie o stanie zdrowia:

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

.....

.....

1. Ostrość wzroku bez korekcji:

oko prawe

oko lewe

2. Ostrość wzroku z korekcją:

oko prawe

oko lewe

3. Pole widzenia:

4. Widzenie głębi (stereopsja).....

5. Skiaskopia

6. Informacje o dodatkowych wadach, np. refrakcji, genetycznych i innych utrudnieniach

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

II. Dysfunkcja wzroku kwalifikuje dziecko/ucznia (zaznacz właściwe)

- do osób słabowidzących
- do osób niewidomych
- do żadnych z powyższych

III. Ocena wyniku leczenia i rokowania

.....

IV. Funkcjonalny stan narządu wzroku (ograniczenia w funkcjonowaniu, które utrudniają naukę):

.....
.....

V. Zalecana terapia, wsparcie medyczo-rehabilitacyjne, wskazany sprzęt specjalistyczny (pomoce optyczne) oraz inne działania i informacje niezbędne dla organizowania procesu edukacyjnego.....

.....
.....

VI. Wpływ uszkodzenia wzroku na codzienne funkcjonowanie dziecka w środowisku domowym.....

.....
.....

VII. Zalecenia do funkcjonowania w szkole / przedszkolu

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

VIII.

Zalecenia do funkcjonowania w domu

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

.....

.....

miejsowość, data

pieczętka i podpis lekarza

