

pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE dla potrzeb zespołu orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rykach
dotyczy przyznania kształcenia specjalnego dla ucznia/dziecka niewidomego/słabowidzącego
Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026r. , poz. 428

Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie okulistyki

Imię i nazwisko dziecka/ucznia
Data i miejsce urodzenia.....
PESEL
Adres zamieszkania dziecka/ucznia.....

1. Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej ICD

.....
.....

2. Parametry ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją

Ostrość wzroku:

OP bez korekcji:..... z korekcją.....

OL bez korekcji:..... z korekcją:.....

Pole widzenia (np. zwężenie dostopni)

3. Czy dziecko/ uczeń spełnia kryteria diagnostyczne pozwalające zaliczyć je do:

• Słabowidzących **TAK/ NIE**

• Niewidomych **TAK/ NIE**

4. Rodzaj stosowanej korekcji (okulary, soczewki, pomoce optyczne)

.....
.....

5. Współwystępujące choroby lub deficyty

.....
.....

6. Wpływ zaburzeń wzroku na funkcjonowanie dziecka/ucznia w szkole (stopień ograniczeń funkcjonalnych)

.....
.....

7. Zalecenia do zajęć wychowania fizycznego.....

.....
.....

8. Inne szczególne zalecenia do nauki (wymagane pomoce optyczne, adaptacja otoczenia)

.....
.....

9. Dodatkowe informacje dotyczące przebiegu choroby (rokowania, przeciwwskazania)

.....

miejsowość, data

pieczętka i podpis lekarza