

Pieczętka placówki służby zdrowia
lub lekarza pracującego indywidualnie
Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE – WZROK

**o stanie zdrowia dziecka lub ucznia wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji*
dla potrzeb Zespołu Orzekającego (do wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/opinii o potrzebie
wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka)**

(na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2025 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły
orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych - Dz. U. 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko ucznia:

data urodzenia: **PESEL:**

adres zamieszkania:

Rozpoznanie medyczne i wyniki badań:

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym
z 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

Pole widzenia:

Widzenie głębi (stereopsja):

3. Funkcjonalny stan narządu wzroku (ograniczenia w funkcjonowaniu, które utrudniają naukę oraz codzienne funkcjonowanie dziecka):

☐ koncentracja

☐ tempo pracy

☐ męczliwość

☐ koordynacja / orientacja

☐ rozumienie poleceń

☐ samodzielność

☐ inne:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

* Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 6 i 8 w/w rozporządzenia wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji lekarz ten wydaje w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.