



PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W ZWOLENIU
ul. Kościuszki 39
26-700 Zwolen
telefon: 48 676 26 13

poradnia@zwolenpowiat.pl
www.pppzwolen.pl
REGON: 672894758

.....
pieczęć placówki medycznej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA / UCZNIĄ Z WADĄ WZROKU

Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743).

**Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista (okulista) lub lekarz podstawowej opieki
zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

Imię i nazwisko dziecka / ucznia:

PESEL

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

Diagnoza medyczna:

1. Rodzaj uszkodzenia wzroku:

2. Ostrość widzenia po korekcji:

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie:

4. Dodatkowe schorzenia i utrudnienia:

5. Wpływ zdiagnozowanych zaburzeń na możliwości szkolne dziecka:

6. Pacjent jest dzieckiem / uczniem:

- **niedowidzącym:** *TAK / NIE**
- **słabowidzącym:** *TAK / NIE**

(ostrość wzroku od 5% do 30%, osłabienie akomodacji, oczopląs, światłowstręt, jaskra, zaćma, zaburzenia adaptacyjne, inne.....)

- **niewidomym:** *TAK / NIE**

(ostrość wzroku mniejsza niż 5%, ograniczenie pole widzenia nie większe niż 20 stopni).

7. Z jakich pomocy optycznych i nieoptycznych dziecko powinno korzystać:

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

.....
pieczęć i podpis lekarza okulisty

* właściwe podkreślić