



.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA LUB UCZNIA
W PRZYPADKU NIEWIDZENIA ALBO SŁABEGO WIDZENIA**

**na potrzeby Zespołu Orzekającego
w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
i/lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania 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 (Dz. U. z 2026, poz.428)

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

Imię/imiona i nazwisko dziecka/ucznia:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:

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

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

2. Ostrość wzroku bez korekcji:

- oko prawe.....
- oko lewe.....

3. Ostrość wzroku z korekcją:

- oko prawe.....
- oko lewe.....

*właściwe podkreślić

4. Pole widzenia:

5. Widzenie głębi (stereopsja):

6. Dysfunkcja wzroku kwalifikuje dziecko/ucznia*:

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

7. Opis przebiegu choroby i wpływ problemu zdrowotnego na codzienne funkcjonowanie:

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

8. Rokowania:

.....
.....

9. Zalecana terapia, pomoce optyczne i nieoptyczne, wsparcie medyczno-rehabilitacyjne, wskazany sprzęt specjalistyczny:

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

.....
miejscowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

Dotyczy lekarza w trakcie specjalizacji:

Oświadczam, że zaświadczenie wydaję w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
miejscowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

*właściwe podkreślić