

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
miejsowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY
O STANIE ZDROWIA DZIECKA**
dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026r., poz. 428)

**Dotyczące uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające
w formie kształcenia specjalnego, wczesnego wspomaganie rozwoju¹**

.....
(imię i nazwisko dziecka / ucznia, data i miejsce urodzenia ucznia)

.....
(adres zamieszkania ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia i PESEL ucznia)

.....
(nazwa i adres przedszkola/ szkoły, klasy, nazwa zawodu w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie)

Diagnoza *(określenie rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)²*

.....
.....
.....
ICD

Ze względu na występującą wadę wzroku, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Obniżenia Ostrości Wzroku, dziecko/ucznia można zakwalifikować do osób:

(właściwe zaznaczyć)

słabowidzących

niewidomych

inne (jakie?).....

¹ Niepotrzebne skreślić

	OP	OL
Ostrość wzroku do dali z korektą		
Ostrość wzroku do bliży z korektą		
Wada refrakcji po cycloplegii		
Moce szkieł okularowych		
Stan obuocznego widzenia/ widzenie przestrzenne		
Zez/oczopląs		
Wynik badania dna oka		
Pole widzenia		

Dodatkowe zaburzenia funkcji wzrokowych:

.....

.....

.....

.....

Krótki opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

.....

.....

.....

.....

.....

Wynikające z niepełnosprawności ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia w środowisku edukacyjnym, zalecane warunki i formy wsparcia (trudności w realizacji zadań wzrokowych oraz w dostępie do podręczników, materiałów edukacyjnych i materiałów ćwiczeniowych, zalecane miejsce w sali, oświetlenie stanowiska pracy, zalecana czcionka, kontrast materiałów edukacyjnych):

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

Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny, specjalne środki dydaktyczne, w tym z wykorzystaniem technologii wspomagającej funkcjonowanie dziecka/ucznia z dysfunkcją wzroku (dostosowane materiały edukacyjne i materiały ćwiczeniowe, organizacja przestrzeni przedszkolnej/szkolnej, wykorzystanie pomocy optycznych i nieoptycznych oraz technologii wspomagających):

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

Data rozpoczęcia leczenia:

.....
.....

Zalecenia lekarskie i ewentualne rokowania:

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

Uwagi:

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)