

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY**  
**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego**  
**(do wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)**

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017, poz.1743), Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. 2020, poz.1309) w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w PZPO w Środzie Śląskiej

**Dane dziecka/ ucznia:**

Imię/imiona i nazwisko.....

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....Kod pocztowy.....

Przedszkole/Szkoła.....Klasa.....

**Zaświadczenie o stanie zdrowia**

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

.....  
.....

A) Ostrość wzroku

.....  
• do dali (z korektą i bez)

.....  
• do bliży ( z korektą i bez)

B) Skiaskopia

.....  
.....

C) Stereopsja (widzenie z głębi)

.....

D) Pole widzenia

.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

Ocena wyniku leczenia i rokowania:

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

Wpływ uszkodzenia analizatora wzrokowego na rozwój i funkcjonowanie w szkole

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

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka i podpis lekarza