



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

w przypadku niewidzenia, słabego widzenia (wypełnia lekarz specjalista z zakresu okulistyki)*

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Człuchowie, działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2026.poz. 428)

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

.....
(data urodzenia)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

.....
(Nazwa i adres przedszkola/szkoły, oznaczenie gr., klasy)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) (§6 ust.6 pkt. 1a rozporządzenia)

Kod ICD 10

--

Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej (rodzaj schorzenia narządu wzroku, w tym m.in. parametry ostrości wzroku i pola widzenia, widzenie barw, widzenie obuoczne; aktualna korekcja wzroku; rokowania):

.....
* zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę (psychiatrii dzieci i młodzieży, psychiatrii) albo lekarza w trakcie specjalizacji , przy czym lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust.6 pkt.1d i 13 rozporządzenia)

Czy dziecko spełnia kryteria diagnostyczne pozwalające zaliczyć je do :

- Słabowidzących TAK ☐ NIE ☐
- Niewidomych TAK ☐ NIE ☐

Wpływ uszkodzenia wzroku na rozwój dziecka/ucznia i jego funkcjonowanie w przedszkolu/szkole:

.....

.....

.....

.....

Zalecenia do pracy z dzieckiem/ucznem, w tym na zajęciach wychowania fizycznego oraz konieczność wykorzystania sprzętu i środków pomocniczych w procesie wychowania przedszkolnego/edukacji:

.....

.....

.....

Wymagane pomoce techniczne: (np. powiększalnik, monookular, programy udźwiękawiające, lupy elektroniczne, itp.)

.....

.....

- ☐ lekarz specjalista
- ☐ lekarz w trakcie specjalizacji

(miejscowość, data)

(pieczęć placówki medycznej)

(pieczętka i podpis lekarza)