

.....
(pieczęć placówki)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dot. dziecka / uczennicy / ucznia z niepełnosprawnością narządu wzroku)

Wypełnia lekarz okulista.

Status: ☐ specjalista

☐ **lekarz w trakcie specjalizacji** - wydający zaświadczenie w ramach udzielania dziecku lub uczennicy / uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rybniku w celu orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego i/ lub wczesnego wspomagania rozwoju.

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

Dane dziecka / uczennicy / ucznia

Imię (imiona) i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL (lub nr dowodu tożsamości):

Adres zamieszkania:

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

Kod ICD

Rozpoznanie współistniejące:

Kod ICD

Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej, parametry ostrości widzenia i pola widzenia z aktualną korekcją oraz rokowania:

	OKO PRAWE	OKO LEWE
ostrość wzroku do dali z korektą		
ostrość wzroku do bliży z korektą		
ostrość wzroku do dali bez korekty		
ostrość wzroku do bliży bez korekty		
pole widzenia		

stan obuocznego widzenia /widzenie przestrzenne	
---	--

Wada wzroku podlega korekcji, a tym samym nie powoduje konieczności stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy.

TAK ☐ **NIE** ☐ (właściwe zaznaczyć)

Wada wzroku nie podlega korekcji, a tym samym powoduje konieczności stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy.

TAK ☐ **NIE** ☐ (właściwe zaznaczyć)

Dziecko / uczennica / uczeń jest osobą NIEPEŁNOSPRAWNĄ – NIEWIDOMĄ*

Dziecko / uczennica / uczeń jest osobą NIEPEŁNOSPRAWNĄ – SŁABOWIDZĄCĄ*

**właściwe podkreślić*

Wpływ jednostki chorobowej na funkcjonowanie dziecka/ uczennicy/ ucznia, ograniczenia (w tym na lekcji w-f)

Zalecenia dotyczące specjalistycznego sprzętu i koniecznych dostosowań w przedszkolu / szkole

.....
(podpis i pieczęć lekarza)