



## Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Dębicy

39 – 200 Dębica ul. Parkowa 28 tel. /fax. 14 670 24 60

e – mail; [sekretariat@poradniadebica.pl](mailto:sekretariat@poradniadebica.pl) [www.poradniadebica.pl](http://www.poradniadebica.pl)

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY**

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017r. poz.1743 z późn. zm.)

Wypełnia się dla dzieci/uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego oraz wczesnego wspomaganie rozwoju.

**Imię i nazwisko** ..... **ur.** .....

**Miejsce zamieszkania** .....

#### **1. Dziecko/uczeń jest osobą:**

- a) niewidzącą,
- b) słabowidzącą.

#### **2. Wymaga kształcenia specjalnego:**

- a) tak
- b) nie

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

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

#### **4. Wynik badania:**

##### **a) ostrość wzroku bez korekcji:**

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

##### **b) ostrość wzroku z korekcją:**

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

**c) pole widzenia:**

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

**5. Funkcjonalny stan narządu wzroku (ograniczenia w funkcjonowaniu, które utrudniają naukę)**

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

**6. Zalecenia lekarskie dla nauczycieli/terapeutów wynikające z wady wzroku:**

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

**7. Konieczny sprzęt specjalistyczny:**

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

**8. Inne dodatkowo występujące choroby, deficyty, trudności:**

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)