



Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Dębicy

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

e – mail; sekretariat@poradniadebica.pl 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 2023r. poz.2061 tj.)

Wypełnia się dla dzieci/uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego oraz wczesnego wspomagania 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)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)