

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

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.2017 poz.1743;§ 6 ust.4 oraz§ 13.ust. 2)

Imię i nazwisko .....ur.....

Miejsce zamieszkania.....

*Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej.*

1. Ze względu na występującą wadę wzroku, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Obniżenia Ostrości Wzroku dziecko / uczeń jest (**właściwie zaznaczyć**)

**słabowidzący**

**niewidomy**

**inne**

2. Choroba główna i choroby współistniejące wraz z **oznaczeniem alfanumerycznym**, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**):

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

Ostrość wzroku:

**Do dali:**

OP c.c.....

OL c.c.....

**Do bliży:**

OP c.c.....

OL c.c.....

Wada wzroku:

OP .....

OL.....

Okulary:

OP .....

OL.....

Autorefraktometr (badanie komputerowe) po rozszerzeniu źrenic:

O P.....

OL.....

Orientacyjne pole widzenia .....

Dno oka:

O P.....

OL.....

Synoptofor (widzenie obuoczne)

.....  
.....

3. Krótki opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia oraz ewentualne rokowania:

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

4. Wynikające z niepełnosprawności **ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka w środowisku edukacyjnym, **zalecane warunki i formy wsparcia:**

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

5. W przypadku takich potrzeb, należy określić niezbędny proces kształcenia sprzęt specjalistyczny, specjalne środki dydaktyczne, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjno – komunikacyjnych:

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

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęć i podpis lekarza