

(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE OKULISTYCZNE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego / wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka / zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Szczytnie

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) oraz Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, z późn. zm. (Dz.U. 2024 poz. 1714).

I. DANE DZIECKA/UCZNI

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzeniaw.....

PESEL:

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

Miejsce zamieszkania.....

1. Leczony od

.....

2. Diagnoza (rozpoznanie):

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

a) ostrość wzroku:

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

do dali (z korektą):

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

do bliży (z korektą):

.....
.....

b) orientacyjne pole widzenia:

.....
.....

.....
c) dodatkowe wady i utrudnienia:

.....
.....
.....
3. Wpływ deficytów wzrokowych na uczenie się w tym nabywanie technik szkolnych (czytanie i pisanie):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
4. Zaleca się:

Zaświadczenie wydane dnia:

.....
pieczętka i podpis lekarza