

(pieczęć placówki medycznej)

(miejsowość, data)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie:  
**OKULISTYKI**

**o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni  
Psychologiczno – Pedagogicznej w Płońsku**

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: \_\_\_\_\_

Numer PESEL: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego **wskazane ze względu na:** niepełnosprawność dziecka lub ucznia (*właściwe podkreślić*):

- niewidzenie
- słabe widzenie

**Rozpoznanie** choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**)

**Kod ICD:** \_\_\_\_\_

Ostrość wzroku (z korekcją): **Do dali:**

OP \_\_\_\_\_

OL \_\_\_\_\_

Badano za pomocą: \_\_\_\_\_

**Do bliży:**

OP \_\_\_\_\_

OL \_\_\_\_\_

Badano za pomocą: \_\_\_\_\_

Wada wzroku: OP \_\_\_\_\_ OL \_\_\_\_\_

Okulary korekcyjne: OP \_\_\_\_\_ OL \_\_\_\_\_

Dno oka: OP \_\_\_\_\_ OL \_\_\_\_\_

Wynik badania na synoptoforze (zwłaszcza w zakresie widzenia obuocznego):

Wynik orientacyjnego badania pola widzenia:

**Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia** w funkcjonowaniu dziecka / ucznia

**Wskazania dla nauczycieli** – sprzyjający dziecku sposób dostosowania warunków kształcenia w przedszkolu / szkole, w tym niezbędny w procesie edukacji sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne

**Choroby współwystępujące:** \_\_\_\_\_

(pieczęć i podpis lekarza)