

.....
(Pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka lub ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego
(DZIECI I UCZNIOWIE NIEWIDOMI I SŁABOWIDZĄCY)

Podstawa prawna: §6 ust.4 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2023r. poz.2061)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:

PESEL

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

Diagnoza / rozpoznanie okulistyczne (schorzenia narządu wzroku, wady refrakcji)

.....

--	--	--	--

.....

--	--	--	--

.....

.....

.....

.....

.....

Opis wyników przeprowadzonych badań, w tym:

ostrość widzenia bez korekcjiw korekcji.....

pole widzenia prawidłowe/nieprawidłowe.....

motoryka oczu prawidłowa/ nieprawidłowa.....

Widzenie obuoczne.....

widzenie przestrzenne prawidłowe/ zaburzone...../ brak

widzenie barwne prawidłowe/ zaburzone...../ brak

adaptacja do światła/ ciemności prawidłowa/ zaburzona.....

objawy mózgowego uszkodzenia widzenia (CVI) nie występują/ występują.....

.....

Pacjent jest dzieckiem/ uczniem (proszę zakreślić kółkiem właściwą odpowiedź)

☐ **Słabowidzącym** **TAK** **NIE**

☐ **Niewidomym** **TAK** **NIE**

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia wynikające z niepełnosprawności wzrokowej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rokowania

.....

.....

.....

Zalecenia (dostosowanie warunków nauki i pracy – jakie? – np. powiększona czcionka, pomoce, korekcja okularowa, przyrządy optyczne, leczenie, zalecenia do zajęć ruchowych/ zajęć wychowania fizycznego, inne)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)