

.....
(pieczęć zakładu lub lekarza praktykującego
indywidualnie)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(zaświadczenie lekarskie, zawierające orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203), określające rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), wydane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji, w dziedzinie medycyny odpowiednio: w przypadku niewidzenia albo słabego widzenia – okulistyki)

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lesznie

(działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie opinii i orzeczeń wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych, Dz.U. z 2026, poz. 428)

dot. kształcenia specjalnego /wczesnego wspomagania rozwoju dla dziecka/ucznia z uwagi na niewidzenie lub słabo widzenia

1. Dane dziecka/ucznia:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL

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

Adres zamieszkania:

2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego zgodnie z klasyfikacją ICD:

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

Oko prawe:

Aktualny stan wzroku.....

Stopień ubytku wzroku:

Poziom ostrości: Pole widzenia:

Oko lewe:

Aktualny stan wzroku.....

Stopień ubytku wzroku:

Poziom ostrości: Pole widzenia:

Dodatkowe zaburzenia* :

- widzenie obuoczne i stetoskopowe
- oczopląs
- zaburzenia adaptacji do światła
- podwójne widzenie
- inne:.....

Stopień uszkodzenia wzroku u dziecka/ucznia*: niewidzenie / słabe widzenie

3. Opis stanu zdrowia dziecka/ucznia: (w tym przebieg choroby, funkcjonowanie, dotychczasowe leczenie, objawy istotne dla procesu edukacyjnego: tempo pracy, trudności z czytaniem standardowego tekstu, ograniczenia funkcjonowania fizycznego wymaga wsparcia w nowym miejscu):

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

Rokowania:.....

.....
.....

4. Wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie dziecka/ucznia: (wpływ uszkodzenia, w szczególności trudności w codziennym funkcjonowaniu, nauce, komunikacji, zachowaniu)

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

5. Informacja o leczeniu (czas trwania leczenia, jego przebieg, stosowane formy terapii):

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

6. Zalecenia dotyczące pracy z dzieckiem/ucznem w przedszkolu/szkole/placówce:

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

Czy dziecko/uczeń wymaga środków pomocniczych, dostosowanych warunków pracy i nauki – jakich? (np. pomoce optyczne, elektroniczne – powiększalnik, powiększona czcionka, kontrast, oświetlenie, miejsce pracy blisko nauczyciela)

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

7. Uwagi dodatkowe (opcjonalnie np. dotyczące zajęć wychowania fizycznego):

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

* właściwe zaznaczyć

POUCZENIE:

Zaświadczenie wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji lekarz ten wydaje w ramach udzielanej dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
(pieczętka i podpis lekarza)