

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA / UCZNIA  
Z WADĄ WZROKU**  
(dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego)

*Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r. Dz. U. z 2026 r., poz. 428..*

**Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista okulista  
na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

Imię i nazwisko dziecka / ucznia: .....

PESEL

Data i miejsce urodzenia: .....

Miejsce zamieszkania: .....

**Diagnoza medyczna:**

1. Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej ICD:  
.....  
.....

2. Parametry ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją:  
.....  
.....

3. Rokowania:  
.....  
.....

4. Dodatkowe schorzenia i utrudnienia:  
.....  
.....

5. Wpływ zdiagnozowanych zaburzeń na możliwości szkolne dziecka:  
.....  
.....

6. Kwalifikacja dziecka /ucznia do kształcenia specjalnego z powodu:

- **słabowidzenia\***
- **niewidzenia\***

7. Z jakich pomocy optycznych i nieoptycznych dziecko powinno korzystać:  
.....  
.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

**\*właściwe podkreślić**