

.....
pieczęć placówki medycznej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA / UCZNIA Z WADĄ WZROKU

Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743).

**Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista (okulista) lub lekarz podstawowej opieki
zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

Imię i nazwisko dziecka / ucznia:

PESEL ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Data i miejsce urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

Diagnoza medyczna:

1. Rodzaj uszkodzenia wzroku:.....
.....

2. Ostrość widzenia po korekcji:.....
.....

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie:.....
.....

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

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

6. Pacjent jest dzieckiem / uczniem:

• **niedowidzącym:** **TAK / NIE***

• **słabowidzącym:** **TAK / NIE***

(ostrość wzroku od 5% do 30%, osłabienie akomodacji, oczopląs, światłowstręt, jaskra, zaćma, zaburzenia adaptacyjne, inne.....)

• **niewidomym:** **TAK / NIE***

(ostrość wzroku mniejsza niż 5%, ograniczenie pole widzenia nie większe niż 20 stopni).

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

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

.....
pieczęć i podpis lekarza okulisty