

[Pieczęć placówki medycznej]

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W OLKUSZU

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
OKULISTYCZNE**

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego

Miejscowość i data:

DANE DZIECKA/UCZNIA

Imię (imiona) i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

DANE PRZEDSZKOLA/SZKOŁY do której uczęszcza dziecko/uczeń

Nazwa przedszkola/szkoły:

Klasa:

ROZPOZNANIE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Oznaczenie w ICD:

Diagnoza (rozpoznanie):

Ostrość wzroku

Do dali bez korekty	
Do dali z korektą	

Do bliży bez korekty	
Do bliży z korektą	
Stopień obniżenia ostrości wzroku i zwiężenia pola widzenia	
Widzenie głębi (stereopsja)	
Dodatkowe wady i utrudnienia	
Wpływ uszkodzenia wzroku na rozwój i funkcjonowanie w szkole	
Czy dysfunkcja wzroku kwalifikuje dziecko/ucznia do osób słabowidzących lub niewidomych? (proszę wpisać: sałabowidzące, niewidome lub nie kwalifikuje)	<p>.....</p> <p>(proszę obowiązkowo uzupełnić)</p>

Zaświadczenie zostało wydane na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

[Pieczętka i podpis lekarza specjalisty lub lekarza POZ]

PODSTAWY PRAWNE

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. Nr 173 p.1072); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. Nr 228, p.1490 z póź.zm.), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego dzieci i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. z 2014r., p.1157).