

.....  
(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 dentysty (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 Wolsztynie**

(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 wspomaganie 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)