

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA DZIECKA DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO
DZIAŁAJĄCEGO W PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ**

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych /Dz. U. z 2017 r. poz. 1743) § 6. ustęp 4 /

Imię i Nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

DOTYCZY:

- **dziecka/ucznia niewidomego,**
- **dziecka/ucznia słabowidzącego***

1. Rozpoznanie medyczne w języku polskim

2. Ostrość wzroku

a) oko prawe bez korekcji

b) oko lewe bez korekcji

c) oko prawe z korekcją szklami

d) oko lewe z korekcją szklami

e) czytanie z bliska (z jakiej odległości, z jaką korekcją):

- oko lewe

- oko prawe

3. Orientacyjne pole widzenia

4. Akomodacja

5. Widzenie obuoczne

6. Rozpoznawanie barw

7. Czy stwierdzone schorzenie narządu wzroku wymaga uwzględnienia specjalnych potrzeb w procesie edukacji?

TAK

NIE*

8. Jeżeli tak, to w jakim zakresie. Należy wypisać wskazania do celów edukacyjnych

.....
*właściwe zaznaczyć

.....
/Miejscowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza specjalisty/