

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejsowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY OKULISTYKI**

o stanie zdrowia dziecka/ucznia w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ostrzeszowie

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 428)

.....  
*imię i nazwisko dziecka*

.....  
*data urodzenia*

.....  
*adres zamieszkania dziecka*

1. **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 (charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej, wada wzroku, zaburzenia czynności motorycznych gałek ocznych) wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD:**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. **Parametry ostrości wzroku bez korekcji:**  
.....  
.....  
.....

3. **Aktualna korekcja oraz parametry ostrości wzroku po korekcji:**  
.....  
.....

4. **Parametry pola widzenia:** .....
- .....

5. **Rokowania:** .....
- .....

6. **Inne informacje dotyczące widzenia (m.in. widzenie barw, widzenie obuoczne, przestrzenne, zdolność adaptacji do widzenia w słabych warunkach świetlnych):**

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

**7. Wyniki badań istotne dla określenia trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka/ucznia oraz informacja o czasie i przebiegu leczenia (należy załączyć kopię dokumentacji medycznej z leczenia choroby lub problemu zdrowotnego):**

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

**8. Medyczne zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb edukacyjnych (m.in. wielkość czcionki, która będzie dogodna dla dziecka, zalecane pomoce optyczne, wskazania dotyczące zajęć wychowania fizycznego, inne zalecenia dotyczące wspierania dziecka w przedszkolu/szkole) :**

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

.....  
*(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)*