.....

Pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE – OKULISTYCZNE

(dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka)

Wypełnia lekarz specjalista okulista.

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 02.03.2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2026r., poz. 428)

I. DANE DZIECKA/UCZNIA

Imię (imiona) i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

II. ROZPOZNANIE

1. **Choroba główna i choroby współistniejące (ICD):**

2. **Ze względu na występująca wadę wzroku, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Obniżenia Ostrości Wzroku dziecko/uczeń jest:**

☐ słabowidzący ☐ niewidzący

Kwalifikacja wskazuje na możliwość objęcia ucznia nauką w formie kształcenia specjalnego w tym zastosowania wobec ucznia specjalnej organizacji nauki i metod pracy.

3. **Diagnoza okulistyczna:**

- ☐ Ostrość wzroku do dali (z korektą i bez)
- ☐ Ostrość wzroku do bliży (z korektą i bez)
- ☐ Widzenie barw

- Stan obuocznego widzenia/widzenie przestrzenne
- Pole widzenia
- Dodatkowe zaburzenia w funkcjonowaniu narządu wzrokowego

4. **Przebieg choroby i dotychczasowego leczenia oraz rokowania:**

5. **Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające ze stwierdzonej niepełnosprawności, zalecone warunki i formy wsparcia:**

6. **Wskazania do nauki (*proszę zaznaczyć x*):**

Rodzaj dostosowania	Wymaga	Nie wymaga
Powiększony druk/czcionka		
Wydłużenie czasu pracy		
Miejsce w pierwszej ławce		
Pomoce optyczne: ***<u>Z uwagi na obniżoną ostrość widzenia do dali</u>*** **Monookulary,** **Lornetki,** **inne** …… ***<u>Z uwagi na obniżona ostrość do bliży</u>*** **lupy,** **okulary lupowe,** **okulary pryzmatyczne,** **inne** …… ***<u>Poszerzające pole widzenia</u>*** **odwrócone lunety Galileusza (monookulary, lornetki, okulary lornetkowe),** **folie pryzmatyczne Fresnela,** **inne** ……		
Pomoce nieoptyczne **dodatkowe oświetlenie,** **pulpity czytelnicze**		

□ **podkładki z klipsem,** □ **okulary z filtrami medycznymi,** □ **okulary przeciwsłoneczne,** □ **inne** ……		

Oświadczenie lekarza w trakcie specjalizacji

Oświadczam, że zaświadczenie wydaję w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust. 13).

.....… .....

Pieczątka i podpis lekarza Miejscowość, data

.