

(pieczęć placówki medycznej)
(w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji
wymagane jest pieczęć placówki publicznej)

**Zaświadczenie lekarza okulisty albo lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie okulistyki
o stanie zdrowia dziecka/ucznia**

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Siedlcach
*w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego na podstawie rozporządzenia 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. 2026 r. poz. 428)*

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. **Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego** wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

symbol ICD-10/ICD-11 oraz nazwa

.....

Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej, parametry ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją oraz rokowania:

.....

.....

.....

.....

Choroby współwystępujące:

.....

.....

2. **Rodzaj stwierdzonej niepełnosprawności – dziecka/ucznia (właściwe podkreślić):**

- niewidzące
- słabowidzące

3. Czy rozpoznane u dziecka/ucznia choroby warunkują **korzystanie ze specjalistycznego sprzętu medycznego:**

TAK NIE

jeśli tak , to jakiego (należy wymienić specjalistyczny sprzęt medyczny, z którego powinno korzystać dziecko/uczeń)?

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

4. Jakie **ograniczenia i/lub bariery w funkcjonowaniu** dziecka/ucnia powoduje choroba/problem zdrowotny?

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

5. **Wpływ** choroby/problemu zdrowotnego dziecka/ucnia **na naukę szkolną, w tym czytanie i pisanie:**

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

6. **Poradnie specjalistyczne** sprawujące opiekę nad dzieckiem/ uczniem:

.....
.....

7. Czy dziecko/uczeń posiada **orzeczenie o niepełnosprawności?**:

TAK NIE

8. **Przebieg choroby i dotychczasowego leczenia** (od jakiego czasu dziecko/uczeń pozostaje pod opieką lekarza specjalisty, hospitalizacja, wyniki obserwacji i badań znaczących dla stanu zdrowia, farmakoterapia)

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

9. **Przewidywany czas leczenia/występowania niepełnosprawności**

- do 1 roku

- do 3 lat

- ponad 3 lata

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty/
lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie okulistyki