*…………..….……………………..*

*pieczątka placówki medycznej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, przeprowadzającego postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego/ wczesnego wspomagania rozwoju dzieci**

Imię i nazwisko dziecka …………………………………………………..……………………….

data urodzenia………………………….……… NR PESEL ………………………………….….

1. Informacja o aktualnym stanie zdrowia dziecka: ……………..……………………………………………………………………………………………..….

*(wraz z rozpoznaniem przyczyny niepełnosprawności oraz oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD)*

2. Krótki opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia oraz ewentualne rokowania:

……………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………..

3. Diagnoza okulistyczna

**Dziecko:**

* **słabowidzące**

* **niewidzące** **\***

***\**** *proszę podkreślić właściwe*

**Ostrość wzroku\*:** do dali: do bliży:

OP……………………… OP………………………….

OL……………………… OL……………………….....

*\*proszę zaznaczyć, czy ostrość wzroku podana jest bez korekcji okularowej, czy z korekcją okularową.*

**Wada wzroku:** OP……………………… OL…………….…………..

**Okulary:** OP………………………… OL…………………..…….

**Autorefraktometr**: OP………………… OL…………………………

**Pole widzenia:** ………………………………………………………………………………….

**Dno oka:**  OP…………………… OL…………………….…….

**Synoptofor**: …………………………………….……………………………………………..….

4. Informacja o  ograniczeniach w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikających ze stwierdzonej choroby lub z przebiegu procesu terapeutycznego, w tym informacje dotyczące wpływu przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka/ucznia w przedszkolu/szkole:

………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

5. Zalecane warunki i formy wsparcia, w tym sprzęt specjalistyczny, specjalne środki dydaktyczne, zalecane sposoby wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych:

Sprzęt specjalistyczny:

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..………

………………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………..…

………………………………………………………………………………………………..…

Specjalne środki dydaktyczne:

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

*………………………………………………. …………………………………………..*

*(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)*