

.....
Pieczęć 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 wspomaganie rozwoju dzieci

1. DANE DZIECKA:

.....
Imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia

.....
Data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia

PESEL dziecka/ucznia lub w przypadku braku numer i seria dokumentu potwierdzającego jego tożsamość:

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

.....
Adres zamieszkania dziecka/ucznia

2. ROZPOZNANIE CHOROBY LUB INNEGO PROBLEMU ZDROWOTNEGO DZIECKA/ UCZNIA, KTÓRE POWODUJĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ:

Słabowidzące

niewidzące

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

3. DIAGNOZA OKULISTYCZNA:

Ostrość wzroku sc OP.....OL.....

Korekcja okularowa TAK/NIE OP.....OL.....

Pole widzenia: centralne.....

obwodowe.....

Zez:

Badanie dna oka OP.....

OL.....

4. ROKOWANIA:

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

5. OGRANICZENIA W FUNKCJONOWANIU DZIECKA/UCZNIĄ WYNIKAJĄCE ZE STWIERDZONEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.

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

6. POTRZEBY DZIECKA/UCZNIĄ NIEPEŁNOSPRAWNEGO W ZAKRESIE SPRZĘTU SPECJALISTYCZNEGO/ ŚRODKÓW DYDAKTYCZNYCH /TECHNOLOGII INFORMACYJNO-KOMUNIKACYJNYCH:

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

CHOROBY WSPÓŁWYSTĘPUJĄCE:

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczętka i podpis lekarza