

.....
Pieczęćka placówki medycznej¹⁾

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. ORZECZENIE O AKTUALNYM STANIE ZDROWIA:

słabe widzenie

niewidzenie

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

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

3. Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej, parametry ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją:

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

¹⁾ W przypadku lekarza w trakcie specjalizacji pieczęć jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub jednostki, w ramach której lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Rokowania:

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

5. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające ze słabego widzenia / niewidzenia:

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

6. Potrzeby dziecka/ucznia w zakresie sprzętu specjalistycznego / środków dydaktycznych / technologii informacyjno-komunikacyjnych, wspomagające funkcjonowanie dziecka/ ucznia z dysfunkcją wzroku:

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza specjalisty³⁾

³⁾ Zaświadczenie lekarskie w przypadku niewidzenia albo słabego widzenia wydaje lekarz specjalista albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie okulistyki.