

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE – OKULISTYCZNE ¹

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 r.
w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach
psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2026 poz. 428).

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

1. Diagnoza (rozpoznanie) wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnie z obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

2. Wyniki badań:

a) ostrość wzroku:

.....
.....

do dali (z korektą i bez):

.....
.....

do bliży (z korektą i bez):

.....
.....

b) skiaskopia:

.....
.....

c) stereopsja (widzenie głębi):

.....
.....

¹ Wydane przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny – okulistyki.

d) pole widzenia (w pewnych określonych przypadkach):

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

e) dodatkowe wady i utrudnienia:

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

3. Czas trwania leczenia choroby lub problemu zdrowotnego i jej dotychczasowy przebieg oraz rokowania:

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

4. Określenie trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka/ucznia z uwzględnieniem funkcjonowania w przedszkolu/szkole, które wynikają z głównego rozpoznania:

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

5. Zalecenia do pracy z dzieckiem/ucznem, jeżeli były wydane przez lekarza udzielającego świadczenia zdrowotne:

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

.....
miejsowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza