

Data

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

ZAŚWIADCZENIE

dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/ opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju

dla dziecka/ucznia słabowidzącego/niewidzącego

wydane przez **lekarza okulistę lub lekarza w trakcie specjalizacji¹**,

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Grudziądzu, ul. Korczaka 23

Podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. 2026, poz. 428)

Imię i nazwisko..... **PESEL**.....

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego

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

Oznaczenie alfanumeryczne choroby zgodne z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD).....

	OP	OL
ostrość wzroku do dali z korektą		
ostrość wzroku do bliży z korektą		
wada refrakcji po cykloplegii		
korekcja		
stan obuocznego widzenia/ widzenie przestrzenne	jednoczesna percepcja: fuzja: stereopsja:	
zez/pomiar wielkości kąta		
wynik badania dna oka		
pole widzenia		

¹ w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Dodatkowe zaburzenia funkcji wzrokowych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wynikające z choroby lub problemu zdrowotnego **ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informacje o czasie i przebiegu leczenia choroby lub problemu zdrowotnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pieczęć i podpis lekarza