

[pieczęć placówki medycznej]	
PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA W MIECHOWIE	
<p><b>ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia dziecka/ucznia</b></p> <p>dla potrzeb Zespołu Orzekającego</p> <p>działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026 poz. 428)</p> <p><b><u>DO PORADNI OKULISTYCZNEJ</u></b></p>	
Miejscowość i data	
<b>DANE DZIECKA /UCZNIA</b>	
Imię (imiona) i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres zamieszkania	
<b>DANE PRZEDSZKOLA/SZKOŁY, do której uczęszcza dziecko/uczeń</b>	
Nazwa przedszkola/szkoły:	
Klasa:	
<b>ROZPOZNANIE CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO</b>	
Oznaczenie ICD:	
Diagnoza (rozpoznanie):	

Ostrość wzroku:	
Do dali bez korekty:	
Do dali z korektą:	
Do bliży bez korekty:	
Do bliży z korektą:	
Stopień obniżenia ostrości wzroku i zweżenia pola widzenia:	
Widzenie głębi (stereopsja):	
Dodatkowe wady i utrudnienia:	
Wpływ uszkodzenia wzroku na rozwój i funkcjonowanie w szkole:	
Czy dysfunkcja wzroku kwalifikuje dziecko/ucznia do osób słabowidzących lub niewidomych? <b>(proszę wpisać: słabowidzące, niewidome lub nie kwalifikuje się):</b>	<b>(proszę obowiązkowo uzupełnić)</b>
Zaświadczenie zostało wydane na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.	
[Pieczętka i podpis lekarza specjalisty]	
<b>UWAGI</b>	
Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich punktach, inaczej będzie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia.	