

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY OKULISTYKI
O STANIE ZDROWIA**

ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej działającego na podstawie Rozp. MEN z dn. 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz. U. z 2026 r., poz. 428)

Imię i nazwisko: ur.

Miejsce zamieszkania

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

PESEL

1. Leczony od.....

2. Rozpoznanie choroby wraz z oznaczeniem alfanumerycznym (ICD)

.....

.....

a) ostrość wzroku.....

.....

do dali z korektą

.....

do bliży z korektą

.....

b) pole widzenia.....

.....

c) dodatkowe wady i utrudnienia

.....

3. Wpływ wady wzroku na funkcjonowanie szkolne (np. opanowanie umiejętności czytania i pisania).....

.....

.....

.....

.....

4. Rokowania.....

.....

.....
/miejscowość i data/

.....
/pieczęć i podpis lekarza specjalisty/