

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

Data

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez lekarza okulistę lub lekarza w trakcie specjalizacji¹,
**dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
dla dziecka/ucznia słabowidzącego/niewidomego**

(dla potrzeb Zespołu Orzekającego Powiatowej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Kętrzynie)

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 wraz z oznaczeniem zgodnym z 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		

Dodatkowe zaburzenia funkcji wzrokowych

.....

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

.....

.....

Pieczęć i podpis lekarza

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

² właściwe podkreślić