……………………………

(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

*działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające   
w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych ( Dz. U. z 2017r. poz. 1743 )*

**Imię i nazwisko ………………………………………………… ur. …………………………**

**Miejsce zamieszkania ………………………………………………………………………….**

*Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące przyznania* orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego (wydawane na okres wychowania przedszkolnego, roku szkolnego albo etapu edukacyjnego),

na okres: od ……………………….do …………………………

**Stan zdrowia dziecka**

**Czynniki fizjologiczne (możliwości wynikające ze stanu wzroku):**

1. Ostrość wzroku do dali i bliży (w przypadku gdy dziecko nosi okulary, po zastosowaniu korekcji):

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

1. Pole widzenia (centralne i obwodowe):

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

1. Motoryka gałek ocznych:

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

1. Funkcje mózgowe związane z kontrolowaniem i interpretacją informacji wzrokowych (fiksacja, akomodacja, fuzja, postrzeganie ruchu):

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

1. Widzenie barw:

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

1. Opis przebiegu chorób i dotychczasowego leczenia:

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

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

1. Ocena wyniku leczenia i rokowanie:

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

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

WSKAZANIA (właściwe podkreślić)

- dziecko słabo widzące, wymaga kształcenia specjalnego dla dzieci słabowidzących,

- dziecko niewidome wymaga kształcenia specjalnego dla dzieci niewidzących,

- dziecko wymaga dostosowania wymagań edukacyjnych z uwagi na wadę wzroku

…………………………………. ……………………………………………

*(miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)*