

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY

o stanie zdrowia dziecka / ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

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

Imię i nazwisko: ur.

PESEL:

Miejsce zam.

Wypełnia się dla dzieci / uczniów w stosunku do których prowadzone będzie postępowanie orzekające w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wołominie dotyczące wydania* :

- opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju
- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

Zaświadczenie o stanie zdrowia:

1. Ze względu na występujące schorzenie narządu wzroku zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Obniżenia Ostrości Wzroku dziecko / uczeń jest:

- słabowidzący
- niewidomy
- inne

2. Choroba główna i choroby współistniejące:

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

3. Krótki opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

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

4. Wynikające ze stanu zdrowia ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia:

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

5. Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny:

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

6. Zalecenia lekarskie i ewentualne rokowania:

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

.....
pieczęć placówki medycznej

.....
miejscowość, data, pieczęć i podpis lekarza

* Zaznacz właściwe