

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza  
praktykującego indywidualnie)

**ZAŚWIADCZENIE LĘKARSKIE**  
**SPECJALISTY OKULISTY**  
**o stanie zdrowia dziecka / ucznia**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego**  
**w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Makowie Mazowieckim**

*działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2061)*

**1. Dane dziecka:**

.....  
(imię i nazwisko)

data urodzenia ..... w .....

zamieszkały (a) w .....  
(adres)

2. Leczony od: .....

3. Diagnoza (rozpoznanie): .....

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

a) ostrość wzroku.....

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

– oko prawe – do dali (z korektą i bez) .....

.....  
.....

– oko prawe – do bliży (z korektą i bez) .....

.....  
.....

– oko lewe – do dali (z korektą i bez) .....

– oko lewe – do bliży (z korektą i bez) .....

b) stereopsja (widzenie głębi) .....

c) pole widzenia (w pewnych określonych przypadkach).....

d) dodatkowe wady i utrudnienia .....

4. **Wpływ deficytów na techniki szkolne** (na pisanie i czytanie) .....

**5. Pacjent jest dzieckiem/ucznem (właściwe podkreślić)**

- a) słabowidzącym
- b) niewidzącym
- c) prawidłowo widzącym
- d) posiadającym wadę wzroku

6. **Zalecenia dotyczące edukacji** – czy dziecko wymaga specjalnej organizacji nauki i metod pracy.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
pieczęć i podpis lekarza prowadzącego