

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia **słabowidzącego i niewidzącego** na potrzeby zespołu  
orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Kowarach

w celu wydania **orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii o potrzebie wczesnego  
wspomagania rozwoju dziecka**

*Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 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)*

---

### Dane dziecka/ucznia

Imię i nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

PESEL: 

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

Miejsce zamieszkania: .....

---

### 1. Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego

*(Pełna diagnoza wraz z kodem ICD-10, potwierdzona przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji,  
zgodnie z rodzajem niepełnosprawności lub problemu zdrowotnego):*

*a) w przypadku niewidzenia lub słabego widzenia – okulista,*

#### Pełna diagnoza wraz z kodem ICD-10:

ICD - 

--

#### Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego:

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

---

### 2. Czas i przebieg leczenia

*(Opis przebiegu leczenia, rehabilitacji, stosowanych terapii i okresów hospitalizacji, jeśli dotyczy.)*

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

### 3. W przypadku niewidzenia lub słabego widzenia

- Ostrość wzroku z aktualną korekcją: .....  
do dali ..... po korekcji .....  
do bliży ..... po korekcji .....
- Pole widzenia: .....  
.....
- Rokowania: .....  
.....
- Dodatkowe schorzenia i utrudnienia:  
.....  
.....
- Wpływ zdiagnozowanych zaburzeń na możliwości szkolne dziecka/ucznia  
.....  
.....
- Zalecenia do pracy w przedszkolu/szkole:  
.....  
.....

---

### 4. Ograniczenia funkcjonowania dziecka/ucznia

*(Opis ograniczeń w funkcjonowaniu w przedszkolu, szkole lub placówce wynikających z rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego.)*

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

---

### 5. Informacje dodatkowe dotyczące opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień

*(W przypadku objęcia dziecka/ucznia opieką psychiatryczną lub leczeniem uzależnień – zalecenia do pracy w przedszkolu, szkole, ośrodku lub placówce, jeśli zostały przekazane przez lekarza udzielającego świadczenia.)*

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

---

.....  
Miejscowość, data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza