

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIĄ

dotyczy wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego przez Zespół Orzekający

(na podst. Rozporządzenia 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 2026r., poz. 428))

**Dokument NIE MOŻE ZAWIERAĆ BRAKÓW.** W przypadku ich stwierdzenia organ wzywa do uzupełnienia pod rygorem pozostawienia bez rozpatrzenia.

Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista (art. 43. 1. Ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. 2023 poz. 506)).

**Lekarz w trakcie specjalizacji** wydaje zaświadczenie w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych\*

**Imię i nazwisko**..... **PESEL**.....

1. Choroba główna oraz choroby współwystępujące wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) na podstawie której rozpoznaje się niepełnosprawność:

**Choroba główna**..... **kod ICD**.....

.....

2. Rozpoznanie niepełnosprawności wzroku (po korekcji) – w oparciu o kryteria WHO ( krzyżyk we właściwym, właściwie podkreślić)

**dziecko niewidome**  całkowita lub praktyczna ślepotą obuoczną  
ostrość wzroku po korekcji do 5% (w lepszym oku przy maksymalnej korekcji)  
pole widzenia max. 20 stopni (w lepszym oku przy maksymalnej korekcji)

**dziecko słabowidzące**  ostrość wzroku po korekcji 5-10 % (w lepszym oku i maksymalnej korekcji)  
ostrość widzenia po korekcji max. 30 % (w lepszym oku i maks. Korekcji)  
pole widzenia max. 30 stopni (w lepszym oku i maksymalnej korekcji)  
obuoczna bezsoczewkowość

3. **Problemy funkcjonalne dziecka/uczniā wynikające z niepełnosprawności, a mające wpływ na jego funkcjonowanie w przedszkolu /szkole:**

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

4. **Specjalne warunki organizacji nauki w przedszkolu/szkole: formy usprawniania, niezbędny sprzęt specjalistyczny, rekomendowane metody pracy:**

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

data
------

pieczęć i podpis lekarza okulisty
-----------------------------------

pieczęć podmiotu akredytowanego lub w ramach świadczeń publicznych*
---