

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Olsztynie

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji
z dnia 2 marca 2026 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 428)
w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające
w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych
z uwagi na stan zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia
1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203).

Imię i nazwisko dziecka

ur.
(data urodzenia, miejsce, PESEL)

Miejsce zamieszkania

1) Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w przypadku **niewidzenia** albo **słabego widzenia** (właściwe podkreślić) wydane przez lekarza specjalistę albo lekarza w trakcie specjalizacji **okulistyki**:

a) Choroba lub problem zdrowotny (§6.6.1a rozporządzenia) wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

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

b) Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej, parametry ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją oraz rokowaniami (§11.1.1 rozporządzenia):

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

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

c) Wyniki badań istotne dla określenia trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka lub ucznia (§6.6.2 rozporządzenia):

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

2) Inne ważne informacje:

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

Do zaświadczenia należy załączyć kopię dokumentacji medycznej z leczenia choroby lub problemu zdrowotnego zawierająca informacje o czasie i przebiegu leczenia (§6.6.2 rozporządzenia).

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)