



Załącznik nr 3 do P03-Orz: „Zaświadczenie lekarskie - wzrok”

Załącznik B-1/2018  
do Regulaminu działalności ZO  
z dnia 01.03.2018 r.

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
dla potrzeb Zespołu Orzekającego  
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Swarzędzu**

**Wypełnia się dla dzieci i młodzieży, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające  
w sprawie kształcenia specjalnego lub wczesnego wspomaganie rozwoju z uwagi na niepełnosprawność  
wzroku**

**Podstawa prawna:**

§ 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017r. poz.1743).

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL

Miejsce zamieszkania .....

**1. Diagnoza (rozpoznanie)**

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

**a) ostrość wzroku**

.....  
.....

**do dali ( z korektą i bez)**

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

**do bliży (z korektą i bez)**

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



b) refrakcja po cycloplegii

.....  
.....

c) stereopsja (widzenie głębi)

.....  
.....

d) pole widzenia (w pewnych określonych przypadkach)

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

e) dodatkowe wady i utrudnienia

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

2. Wpływ deficytów na techniki szkolne ( na pisanie i czytanie)

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

3. Zaleca się

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

.....  
( miejscowość i data )

.....  
( pieczęć i podpis lekarza )