……………………….

(miejscowość, data)

………………………………  
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
na potrzeby kształcenia specjalnego / zajęć rewalidacyjno-wychowawczych / opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

Dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Zespole Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 2 w Poznaniu.

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. 2017, poz. 1743).

Imię i nazwisko………………………………………………. ur. ………………………………………..

PESEL □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Miejsce zamieszkania …………………………………………………………………………………….

**(wypełnia się dla dzieci/ uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju)**

1. **Rozpoznanie okulistyczne:**

……………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Opis wyników przeprowadzonych badań, w tym:**

**ostrość widzenia** bez korekcji ………………………….w korekcji……………………………………....

**pole widzenia** prawidłowe/nieprawidłowe………………………………………………………………….

**motoryka oczu** prawidłowa/ nieprawidłowa……………………………………………………………….

**widzenie przestrzenne** prawidłowe/ zaburzone…………………………………………………….../ brak

**widzenie barwne** prawidłowe/ zaburzone…………………………………………………………..../ brak

**adaptacja do światła/ ciemności** prawidłowa/ zaburzona………………………………………………....

**objawy mózgowego uszkodzenia widzenia (CVI)** nie występują/ występują…………………………….

**III. Zalecenia:**

**leczenie**…………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………..

**korekcja okularowa**……………………………………………………………………………................

**pomoce optyczne**………………………………………………………………………………………….

**terapia widzenia (optometryczna/ ortoptyczna)** ……………………………………………………….

**rehabilitacja wzroku/ terapia tyflopedagogiczna**……………………………………………………….

**inne**………………………………………………………………………………………………...……….……………………………………………………………………………………………..……………….……………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………

(pieczęć i podpis lekarza)