

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć placówki medycznej

## ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

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

### dotyczące kształcenia specjalnego dziecka słabo widzącego i niewidzącego

Imię i nazwisko: ....., data urodzenia: .....

Adres:.....

#### Diagnoza medyczna

1. Ostrość wzroku

• Do dali.....po korekcie .....

• Do bliży..... po korekcie .....

2. Pole widzenia.....

Dodatkowe schorzenia i utrudnienia.....

.....

Wpływ zdiagnozowanych zaburzeń na możliwości szkolne dziecka.....

.....

.....

.....

.....  
podpis i pieczęć lekarza

..... dnia ..... r.