

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

O stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Grodkowie, przeprowadzającego postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego/wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci

1. Dane dziecka:

.....
imię (imiona) i nazwisko dziecka/ucznia

.....
data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia

PESEL dziecka/ucznia lub w przypadku braku numer i seria dokumentu potwierdzającego jego tożsamość

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego dziecka/ ucznia, które powodują niepełnosprawność:

- słabowidzące niewidzące

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

.....
.....

3. Diagnoza okulistyczna:

- Ostrość wzroku sc
OP.....OL.....
- Korekcja okularowa TAK NIE
OP.....OL.....
- Pole widzenia:
centralne.....
obwodowe.....
- Zez:

- Badanie dna oka

OP.....

OL.....

4.Rokowania:

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

5.Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające ze stwierdzonej niepełnosprawności.

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

6.Potrzeby dziecka/ucznia niepełnosprawnego w zakresie sprzętu specjalistycznego/ środków dydaktycznych /technologii informacyjno-komunikacyjnych:

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

7 .Choroby współwystępujące:

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczętka, podpis lekarza