

.....
/Pieczętka placówki/

.....
/ miejscowość i data/

Zaświadczenie lekarskie
na potrzeby Zespołu Orzekającego Publicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej
w Kędzierzynie – Koźlu.

.....
(nazwisko i imię)

.....
(data urodzenia)

Na podstawie diagnozy medycznej oraz zgodnie z:

- Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym lub
- Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym

stwierdza się, że dziecko/uczeń wymaga specjalnych metod kształcenia, jako osoba z niepełnosprawnością
(właściwe podkreślić):

- 1) niewidoma
- 2) słabowidząca

Wada wzroku.....
(jaka, proszę określić stopień)

.....
.....

Szkła:

- do bliży.....
- do dali.....

Rodzaj schorzenia (jeśli występuje).....

Ostrość widzenia.....

Czy występuje słabowidzenie po korekcji okularowej na lepszym oku (jeśli tak, to jakie)?

.....
.....

Pole widzenia.....

Jednostka chorobowa jest: **stabilna, pogłębiająca się** (właściwe podkreślić).

Dodatkowe informacje.....

Pieczętka i podpis lekarza