

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/ UCZENNICY/UCZNI
KIEROWANE DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W TORUNIU

DOTYCZĄCE DZIECKA/ UCZENNICY/ UCZNI UBIEGAJĄCEGO SIĘ O **KSZTAŁCENIE SPECJALNE** z uwagi na
NIEWIDZENIE LUB SŁABE WIDZENIE

Zaświadczenie wydaje się na **potrzeby poradni psychologiczno-pedagogicznej** w celu wydania orzeczenia na podstawie art.127 ust.10 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r.– Prawo oświatowe (Dz.U.z 2017 r. poz.59 i 949), oraz Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2026 poz. 428)

Zaświadczenie lekarskie, **musi zawierać** orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203), **określające rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym** zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), wydane przez **lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny – okulistyki** albo **lekarza w trakcie specjalizacji, tylko jeśli** lekarz ten wydaje zaświadczenie w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w **jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne** lub w ramach udzielania świadczeń **opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

I.DANE DZIECKA/ UCZENNICY/ UCZNI

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

.....
(data urodzenia dziecka/uczennicy/ ucznia)

II.ROZPOZNANIE

Rozpoznanie: nazwa i symbol ICD choroby lub innego problemu zdrowotnego dziecka/ uczennicy/ ucznia kwalifikującego go na kształcenie specjalne:

- **niepełnosprawność wzroku (osoba niewidząca lub słabowidząca):**

symbol ICD oraz nazwa:

Dla wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego **konieczne jest podanie poniższych danych:**

1. Informacja o przeprowadzonych badaniach specjalistycznych oraz czasie i przebiegu leczenia.

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

2. Trudności i ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające z problemu zdrowotnego

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

3. Zalecenia do pracy z dzieckiem/ucznem w placówce edukacyjnej

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

data, pieczętka i podpis lekarza
specjalisty w dziedzinie okulistyki

data, pieczętka i podpis lekarza
w trakcie specjalizacji

UWAGA!

Jeśli zaświadczenie wydaje lekarz w trakcie specjalizacji:

Pieczętka jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne i podpis kierownika jednostki, poświadczający, że świadczenie zdrowotne zostało udzielone w tej placówce.	Pieczętka jednostki udzielającej świadczeń w ramach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i podpis kierownika jednostki, poświadczający, że świadczenie zdrowotne zostało udzielone w tej placówce.