

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie
Nr identyfikacyjny, REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Miejscu Piastowym
w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/opinii o potrzebie wczesnego
wspomagania rozwoju dziecka ze względu na stwierdzoną niepełnosprawność

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

I. Dziecko/uczeń jest osobą (właściwe zaznaczyć):

☐ niewidomą

☐ słabowidzącą

II. Rozpoznanie (w tym: rodzaj i stopień ubytku wzroku; pole widzenia; czas, w którym nastąpiło uszkodzenie wzroku):

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

III. Ograniczenia i bariery utrudniające funkcjonowanie dziecka/ucznia:

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

IV. Zalecane formy pomocy i wsparcia:

1. Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny:

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

2. Inne ważne informacje istotne dla organizowania procesu edukacyjnego (np. rodzaj i rozmiar czcionki, oświetlenie):

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

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza specjalisty