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

Pieczątka placówki medycznej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

O stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego Miejskiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koninie, przeprowadzającego postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego/wczesnego wspomagania 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:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania dziecka/ucznia

**2. ROZPOZNANIE CHOROBY LUB INNEGO PROBLEMY 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 Pieczątka i podpis lekarza