

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE SPECJALISTY OKULISTY**

**o stanie zdrowia dziecka/ucznia ubiegającego się o kształcenie specjalne  
dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Chełmnie**

podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1743).

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data urodzenia: .....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Rozpoznanie: nazwa i symbol ICD-10 choroby lub innego problemu zdrowotnego dziecka/  
ucznia kwalifikującego go do objęcia kształceniem specjalnym:

Symbol ICD-10:.....

Nazwa:.....

.....

.....

Dla wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego konieczne jest wskazanie  
wynikających z ww. choroby lub innego problemu zdrowotnego **aktualnych ograniczeń  
w funkcjonowaniu dziecka/ucznia**, które są powodem tego, że dziecko/uczeń ma być objęte  
kształceniem specjalnym:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty w zakresie  
rozpoznanej niepełnosprawności\* )

\*) w przypadku braku możliwości wydania zaświadczenia przez lekarza specjalistę w zakresie rozpoznanej niepełnosprawności – zaświadczenie może wydać lekarz innej specjalności, jednak do zaświadczenia należy wówczas dołączyć kopie aktualnej dokumentacji medycznej dot. rozpoznanej niepełnosprawności