**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Rypinie, ul. Mławska 54A, 87-500 Rypin**

**Tel.** [**54 280 50 48**](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=poradnia%20rypin&tbs=lf:1,lf_ui:2&tbm=lcl&sxsrf=ALeKk00qycSo4Al80G9f3KAyOcaJ0yAfGQ:1615658936519&rflfq=1&num=10&rldimm=11588314876882625670&lqi=Cg5wb3JhZG5pYSByeXBpbloaCghwb3JhZG5pYSIOcG9yYWRuaWEgcnlwaW6SAQ5tZWRpY2FsX2NsaW5pY6oBEBABKgwiCHBvcmFkbmlhKAs&ved=2ahUKEwi95fTH7q3vAhXNvosKHSaoBQoQvS4wBXoECAQQLg&rlst=f)**, 534 472 805, e-mail:** [**sekretariat@ppprypin.pl**](mailto:sekretariat@ppprypin.pl)

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

*pieczęć placówki medycznej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE – OKULISTYCZNE**

**dla potrzeb zespołu orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rypinie**

**dotyczy wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego/**

**opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka**

**Wypełnia lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego.

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2023 r. poz.2061)

Imię (imiona) i nazwisko dziecka .....................................................…………………......................................

Data i miejsce urodzenia ......................................................................................................................................

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………….

PESEL

Rozpoznanie choroby:

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

Numer statystyczny ICD:

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

Ze względu na występującą wadę wzroku, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Obniżenia Ostrości Wzroku dziecko/uczeń jest:

słabowidzący niewidzący

Diagnoza okulistyczna:

* Ostrość wzroku do dali (z korektą i bez) ..................................................................................................................................................................
* Ostrość wzroku do bliży (z korektą i bez)

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

* Widzenie barw

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

* Stan obuocznego widzenia/widzenie przestrzenne

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

* Pole widzenia

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

* Dodatkowe wady i utrudnienia ..................................................................................................................................................................

Przebieg choroby i dotychczasowego leczenia oraz rokowania:

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

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

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

Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające ze stwierdzonej niepełnosprawności, zalecone warunki i formy wsparcia:

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

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

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

Potrzeby dziecka/ucznia w zakresie sprzętu specjalistycznego/ środków dydaktycznych /technologii informacyjno-komunikacyjnych:

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

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

Określenie czasu, w którym dziecko/uczeń wymaga kształcenia specjalnego *(zaznaczyć jedno):*

* okres wychowania przedszkolnego
* I etap edukacyjny (kl. I-III)
* II etap edukacyjny (kl. IV-VIII)
* okres szkoły ponadpodstawowej
* określony rok szkolny……………………………………………………………………………....

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

miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza