……
(miejscowość, data)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie
Nr identyfikacyjny REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące przyznania kształcenia specjalnego

na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017, poz.1743)

……
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

……
(data i miejsce urodzenia dziecka/ucznia)

……
(PESEL dziecka/ucznia)

……
(adres zamieszkania dziecka/ucznia)

Ze względu na stan zdrowia (diagnoza):

……

……

……

OSTROŚĆ WZROKU Z KOREKCJĄ

oko prawe……

oko lewe……...

Określenie specyficznych warunków realizacji potrzeb edukacyjnych:

……

……

……

Pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badanie