

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**w przypadku niewidzenia albo słabego widzenia**  
(wypełnia lekarz specjalista z zakresu okulistyki)\*

Podstawa prawna:  
Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 marca 2026 w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2026, poz. 428)

Imię i nazwisko dziecka/ucznia.....

Data i miejsce urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

Pesel lub numer dokumentu potwierdzającego tożsamość .....

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) (§6 ust.6 pkt. 1a rozporządzenia)

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

Kod ICD 10 ..... lub/i Kod ICD 11 .....

Charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej, parametry ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją oraz rokowania:

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty\*

---

\*zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę okulistyki albo lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie okulistyki, albo lekarza w trakcie specjalizacji okulistyki, przy czym lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§6 ust.6 pkt. 1a i 13 rozporządzenia)