

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza
praktykującego indywidualnie)

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
S P E C J A L I S T Y O K U L I S T Y
o stanie zdrowia dziecka / ucznia

dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Makowie Mazowieckim

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2061)

1. Dane dziecka:

.....
(imię i nazwisko)

data urodzenia w

zamieszkały (a) w
(adres)

2. Leczony od:

3. Diagnoza (rozpoznanie):

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

a) ostrość wzroku.....

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

– oko prawe – do dali (z korektą i bez)

.....
.....

– oko prawe – do bliży (z korektą i bez)

.....
.....

– oko lewe – do dali (z korektą i bez)

– oko lewe – do bliży (z korektą i bez)

b) stereopsja (widzenie głębi)

c) pole widzenia (w pewnych określonych przypadkach).....

d) dodatkowe wady i utrudnienia

4. **Wpływ deficytów na techniki szkolne** (na pisanie i czytanie)

5. Pacjent jest dzieckiem/uczniem (właściwe podkreślić)

- a) słabowidzącym
- b) niewidzącym
- c) prawidłowo widzącym
- d) posiadającym wadę wzroku

6. **Zalecenia dotyczące edukacji** – czy dziecko wymaga specjalnej organizacji nauki i metod pracy.....

.....
(miejsowość, data)

.....
pieczęć i podpis lekarza prowadzącego