

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
SPECJALISTY OKULISTY
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 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. Nr 173 poz. 1072)

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/ucznem (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