

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE OKULISTYCZNE DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

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

1. Imię i nazwisko dziecka:.....

data ur: zam.

2. Leczony od:

3. Diagnoza (rozpoznanie):

.....
.....
.....
a) ostrość wzroku:

.....
.....
do dali (z korektą i bez):

.....
.....
do bliży (z korektą i bez):

.....
.....
b) skiaskopia:

.....
.....

c) stereopsja (widzenie głębi):

.....

.....

d) pole widzenia (w pewnych określonych przypadkach):

.....

.....

.....

e) dodatkowe wady i utrudnienia:.....

.....

4. W związku z powyższą diagnozą dziecko należy uznać za (właściwie zaznaczyć):

dziecko niewidome

dziecko słabo widzące

Inna kwalifikacja

5. Wpływ deficytów na techniki szkolne (na pisanie i czytanie):

.....

.....

.....

.....

.....

6. Zaleca się:

.....

.....

.....

Wydane dnia:

.....
/pieczętka i podpis lekarza/