

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE – OKULISTYCZNE

o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb zespołu orzekającego

Podstawa prawna: rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, oraz art. 127 ust. 18 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949)

Imię i nazwisko

ur.

PESEL.....

Miejsce zamieszkania

1. Diagnoza (rozpoznanie)

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

▪ ostrość wzroku

.....
.....

do dali (z korektą i bez)

.....
.....

▪ do bliży (z korektą i bez)

.....
.....

a) skiaskopia

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

b) stereopsja (widzenie z głębi)

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

c) pole widzenia (w pewnych określonych przypadkach)

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

d) dodatkowe wady

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

2. Wpływ uszkodzenia na rozwój i funkcjonowanie w szkole (należy określić ograniczenia wynikające z wady wzroku.

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

3. Jakich środków pomocniczych/ sprzętu potrzebuje dziecko:

.....
.....

4. Zalecenia do pracy z dzieckiem w szkole/przedszkolu:

.....
.....

WAŻNA INFORMACJA

Dziecko można / nie można zaliczyć do osób słabowidzących/ niewidomych
(niepotrzebne skreślić)

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)