

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
lekarza okulisty
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego

Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Wieliczce

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2017.1743)

UWAGA:

Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich dotyczących sprawy punktach – w przeciwnym razie zostanie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia.

Dane dziecka:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I. Diagnoza – rozpoznanie: KOD wg klasyfikacji ICD:		
– ostrość wzroku		
– oko prawe – do dali	z korektą	bez korekty
– oko prawe - do bliży	z korektą	bez korekty.....
– oko lewe – do dali	z korektą	bez korekty.....
– oko lewe – do bliży	z korektą	bez korekty.....
– stereopsja (widzenie głębi)		

<p>– pole widzenia (w pewnych określonych przypadkach)..... </p>
<p>– dodatkowe wady i utrudnienia</p>
<p>II. Od kiedy dziecko / uczeń jest leczone/y?..... </p>
<p>III. Wpływ deficytów na techniki szkolne (na pisanie i czytanie)...... </p>
<p>IV. Sprzęt specjalistyczny, jaki jest niezbędny do zabezpieczenia potrzeb edukacyjnych dziecka (wynikających m.in. z jego niepełnosprawności):..... </p>

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza okulisty