

Z A Ś W I A D C Z E N I E L E K A R S K I E
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 18 września 2008 roku w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2008 . 173. 1072)

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

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

Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka ucznia:

I. Diagnoza – rozpoznanie:		
– 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)		

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

– dodatkowe wady i
utrudnienia.....
.....
.....
.....

II. Od kiedy dziecko / uczeń jest leczone/y?.....
.....
.....
.....
.....

III. Wpływ deficytów na techniki szkolne (na pisanie i czytanie).....
.....
.....
.....
.....

IV. Zalecenia dotyczące edukacji – czy dziecko wymaga specjalnej organizacji nauki i metod pracy?.....
.....
.....
.....
.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza okulisty