……
(pieczęć placówki medycznej)

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 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. 2023.2061)

UWAGA:

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

Niniejsze zaświadczenie wydaje lekarz specjalista lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego *(§6 ust.5 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. 2023.2061)*

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**	bez korekty ……..	z korektą ……..
☐ **oko lewe – do dali**	bez korekty ……..	z korektą ……..
☐ **oko prawe - do bliży**	bez korekty ……..	z korektą ……..
☐ **oko lewe – do bliży**	bez korekty ……..	z korektą……..

 stereopsja (widzenie głębi)

……

……

……

 pole widzenia (w pewnych określonych przypadkach)

……

……

……

……

……

 dodatkowe wady i utrudnienia

……

……

……

……

……

……

 Refrakcje po 3 x 1% Tropicamidzie

……

……

……

……

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?

……

……

……

……

…… ……

miejscowość, data pieczątka i podpis lekarza okulisty