

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY**  
**dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Miejskiej Poradni – Pedagogicznej w Krośnie**  
**w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**  
**ze względu na niepełnosprawność: słabowidzenie lub niewidzenie**

1. Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....  
data i miejsce urodzenia: .....  
miejsce zamieszkania: .....

**1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)**

.....

**2. Wynik badania**

**a) ostrość wzroku bez korekcji:**

oko prawe .....

oko lewe .....

**b) ostrość wzroku z korekcją:**

oko prawe .....

oko lewe .....

**c) pole widzenia:**

.....

**3. Funkcjonalny stan narządu wzroku (ograniczenia w funkcjonowaniu, które utrudniają naukę):**

.....

.....

**\* właściwe podkreślić:**

a) wada wzroku podlega korekcji, a tym samym nie powoduje konieczności stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy \*

b) wada wzroku nie podlega korekcji, a tym samym powoduje konieczność stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy \*

**4. Zalecenia lekarskie dla nauczycieli wynikające ze stanu zdrowia i leczenia .....**

.....

.....

.....  
*podpis i pieczęć lekarza*