

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY

dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Miejskiej Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w
Krośnie

w sprawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
ze względu na niepełnosprawność: **slabowidzenie lub niewidzenie**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia:

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. Rokowania

.....

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

.....

.....

5. Zalecenia lekarskie dla nauczycieli wynikające ze stanu zdrowia (np. pomoce optyczne, powiększona czcionka itp.)

.....

.....

.....

.....

podpis i pieczęć lekarza