

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE- OKULISTYCZNE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Sokółce

na podstawie § 6 ust. 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno - pedagogicznych (Dz. U. z 2023r. poz. 2061)- **wypełnia się dla dzieci/uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo wczesnego wspomagania rozwoju**

Imię i nazwisko ur.

Miejsce zamieszkania

1. Choroba główna oraz choroby współwystępujące:

.....
.....

2. Diagnoza okulistyczna:

a) ostrość wzroku

- do dali (z korektą i bez)

.....

- do bliży (z korektą i bez)

.....

b) skiaskopia

.....

c) stereopsja

.....

d) pole widzenia

.....

e) widzenie barw

.....

f) inne

.....

3. Pacjent jest dzieckiem/ucznem:

a) słabowidzącym

b) niewidzącym

c) prawidłowo widzącym (po korekcji)

2. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia:

.....
.....
.....

3. Ocena wyniku leczenia i rokowania, zalecenia:

.....
.....
.....

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/