

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE OKULISTYCZNE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017, poz. 1743)

Dotyczy przyznania kształcenia specjalnego dla dziecka lub ucznia:

.....
(imię i nazwisko)

Urodzonego W
(data) (miejscowość)

Zamieszkałego w
(adres)

z uwagi na (proszę podkreślić właściwe):

- słabowidzenie
- niewidzenie

Wypełnia się dla dzieci/uczniów w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno-wychowawczych lub wspomagania rozwoju.

Zaświadczenie o stanie zdrowia (§ 6 ust. 3 i 4 rozporządzenia)

A. Niepełnosprawność, choroba główna

1. Rozpoznanie.....

2. Opis przebiegu choroby oraz leczenia i jego efektów

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

3. Rokowania co do dalszego przebiegu choroby i efektów leczenia

.....

4. Ostrość wzroku:

z korekcją

a) do dali – OP: OL: b) do bliży – OP: OL:

bez korekcji:

a) do dali – OP: OL: b) do bliży – OP: OL:

5. Zakres pola widzenia

.....

6. Widzenie barw

.....

7. Wpływ dysfunkcji wzroku na funkcjonowanie ucznia

.....

.....

.....

8. Ogólny stan zdrowia, choroby współwystępujące

.....

.....

.....

9. Przeciwwskazania

.....

.....

.....

10. Zalecenia dotyczące dalszego leczenia, funkcjonowania w życiu codziennym, stosowania sprzętu specjalistycznego

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza okulisty)

....., dnia