

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej. Podstawa prawna: Rozporządzenie 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. poz. 1743).

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia PESEL:

Miejsce zamieszkania.....

1. Ostrość wzroku:

a) Oko prawe bez korekcji

Oko lewe bez korekcji

b) Oko prawe z korekcją szklami

Oko lewe z korekcją szklami

Widzenie obuoczne z korekcją

c) Czyta z bliska? Z jakiej odległości? Z jaką korekcją?

- oko prawe

- oko lewe

2. Rozpoznanie okulistyczne:

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

Wskazania:

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

miejscowość/data

podpis lekarza okulisty