

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (wypełnia lekarz okulista)

dla potrzeb Zespołów Orzekających Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych wypełnia się dla uczniów, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające w sprawie kształcenia specjalnego, wydania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię i nazwisko..... data ur.....

Pesel:..... Miejsce zamieszkania

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

.....
.....

2. Ostrość wzroku do dali:

• bez korekcji: OP OL.....

• z optymalną korekcją OPOL

3. Ostrość wzroku do bliży:

• bez korekcji: OP OL.....

• z optymalną korekcją OPOL.....

Pole widzenia

4. Określenie niepełnosprawności dziecka lub ucznia:

niewidzące / słabowidzące*

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)