

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE – diagnoza okulistyczna

o stanie zdrowia dziecka/ ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Płońsku

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017poz. 1743)

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia: _____

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego **wskazane ze względu na:** niepełnosprawność dziecka lub ucznia (*właściwe podkreślić*):

- niewidzące
- słabowidzące

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (**ICD**)

Ostrość wzroku (z korekcją): **Do dali:**

OP _____

OL _____

Badano za pomocą: _____

Do bliży:

OP _____

OL _____

Badano za pomocą: _____

Wada wzroku: OP _____ OL _____

Okulary korekcyjne: OP _____ OL _____

Dno oka: OP _____ OL _____

Wynik badania na synoptoforze (zwłaszcza w zakresie widzenia obuocznego):

Wynik orientacyjnego badania pole widzenia:

Wynikające z choroby lub innego problemu zdrowotnego ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia

Wskazania dla nauczycieli – sprzyjający dziecku sposób dostosowania warunków kształcenia w przedszkolu / szkole, w tym niezbędny w procesie edukacji sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne

Choroby współwystępujące:

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)