

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE – OKULISTYCZNE

na potrzeby orzecznictwa w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Proszowicach

Podstawa prawa – Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2017r., poz. 59)
Rozp. MEN z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1743)
Rozp. MEN z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. z 2017r., poz. 1578)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania.....

Szkoła, klasa.....

1. Diagnoza - rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego z podaniem oznaczenia alfanumerycznego **według klasyfikacji ICD**

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

2. Ostrość wzroku

.....

- a) do dali bez korekty

.....

- b) do dali z korektą

.....

- c) do bliży bez korekty

.....

- d) do bliży z korektą

.....

.....

3. Stopień obniżenia ostrości wzroku i zwężenia pola widzenia

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

4. Widzenie głębi (stereopsja)

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

5. Dodatkowe wady i utrudnienia

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

6. Wpływ uszkodzenia wzroku na rozwój i funkcjonowanie w szkole

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

7. Czy dysfunkcja wzroku kwalifikuje dziecko/ucznia (proszę podkreślić) do:

- osób słabowidzących
- osób niewidomych
- do żadnych z powyższych

.....
(miejsce i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)