

.....
/pieczęć placówki medycznej/

wzór

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego

Wypełnia się dla uczniów wobec których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno – wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię i Nazwisko..... ur.

Miejsce zamieszkania.....

1. Rozpoznanie medyczne

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

2. Stopień obniżenia ostrości wzroku (właściwe podkreślić)

a) wzrok w granicach normy b) dziecko słabowidzące * c) dziecko niewidome **

3. Ograniczenia wynikające z powyższego rozpoznania

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

4. Wskazania do zaopatrzenia dziecka w oprzyrządowanie

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

* (dziecko, którego ostrość widzenia po korekcji optycznej sięga 0,3 pełnej ostrości)

** (dziecko, które zupełnie nie widzi lub jego ostrość widzenia nie przekracza 1/20 normalnej ostrości widzenia przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych albo kiedy jego pole widzenia jest ograniczone do przestrzeni zawartej w 20%).

5. Ocena:

- Ostrości widzenia do dali i do bliży bez korekcji

.....

- Ostrości widzenia do dali i do bliży po korekcji

.....

- Pola widzenia

.....

- Widzenia obuocznego

.....

- Zaburzeń konwergencji

.....

.....

- Daltonizmu

.....

.....

6. Zaburzenia nieuwzględnione powyżej, a powodujące istotne trudności funkcjonalne w środowisku szkolnym

.....

.....

.....

7. Ocena wyniku leczenia i rokowania

.....

.....

.....

8. Inne bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie dziecka

.....

.....

.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza okulisty)