

# ZESPÓŁ PORADNI

PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNYCH W GORZOWIE WLKP.  
66-400 Gorzów Wlkp. ul. Czereśniowa 4i

## Zaświadczenie okulistyczne do celów oświatowych

1. Imię i nazwisko dziecka:.....
2. Data urodzenia/PESEL:.....
3. Adres zamieszkania:.....
4. Leczony okulistycznie od .....
5. Diagnoza.....  
.....  
.....  
.....  
.....

	OP	OL
<b>Ostrość wzroku do dali z korekcją</b>		
<b>Ostrość wzroku do bliży z korekcją</b>		
<b>Wada refrakcji po cycloplegii</b>		
<b>Wartości szkieł okularowych</b>		
<b>Stan obuocznego widzenia/ Widzenie przestrzenne</b>		
<b>Zez / pomiar wielkości kąta</b>		
<b>Wynik badania dna oka</b>		
<b>Pole widzenia</b>		

6. Dodatkowe zaburzenia we funkcjonowaniu narządu wzroku

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

7. Wpływ deficytów na naukę w szkole

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

8. Wskazania do nauki:

- powiększony druk/czcionka: wymaga/ nie wymaga,
- pomocy optycznych: wymaga/ nie wymaga,
- wydłużenia czasu pracy: wymaga/ nie wymaga,
- miejsce w pierwszej ławce: wymaga/ nie wymaga
- inne wskazania.....  
.....  
.....

9. Prognoza dotycząca leczenia

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

.....

data i podpis lekarza