

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

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. Zalicza się do grupy osób słabowidzących : tak / nie*

10. Prognoza dotycząca leczenia:

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

..... data podpis lekarza

*właściwe podkreślić