

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejsowość, data)

BADANIE OKULISTYCZNE

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia Adres zamieszkania

1. Kiedy i jakie zmiany patologiczne zauważono w narządzie wzroku?

2. Rodzaj i miejsce dotychczasowego leczenia oraz wiek dziecka w momencie rozpoczęcia leczenia

3. Ostrość wzroku

a) oko prawe bez korekcji oko lewe bez korekcji

b) oko prawe z korekcją szklami oko lewe z korekcją szklami

c) co czyta z bliska, z jakiej odległości, z jaką korekcją

oko lewe oko prawe

5. Pole widzenia orientacyjne

6. Akomodacja

7. Widzenie obuoczne

8. Rozpoznawanie barw

9. Rozpoznanie okulistyczne ICD

10. Wskazania

11. Wada wzroku (jeśli występuje) jest skorygowana pomocami optycznymi – okulary, szkła kontaktowe: **TAK** / **NIE** *(właściwie podkreślić)*

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

UWAGA!

W przypadku zdiagnozowania poważnej dysfunkcji narządu wzroku kwalifikującej dziecko / ucznia do kształcenia specjalnego ze względu na niepełnosprawność (słabowidzenie / niewidzenie) proszę o wypełnienie zaświadczenia lekarskiego znajdującego się na odwrocie.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
**w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego / opinii o potrzebie
wczesnego wspomagania rozwoju przez Zespół Orzekający PPP w Strzyżowie**

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., poz. 1743)

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U., poz. 1578)

1. Dziecko / uczeń jest osobą *(właściwe podkreślić)*

zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Obniżenia Ostrości Wzroku

- a) niewidomą
- b) słabowidzącą

2. Ograniczenia i bariery utrudniające funkcjonowanie dziecka / ucznia

.....

.....

3. Zalecane formy pomocy i wsparcia (wskazania lekarza specjalisty):

- a) niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny – lupy, urządzenia optyczne itp.

.....

- b) rodzaj i rozmiar czcionki *(właściwe podkreślić)*

– 12

– 16

– 24

– inne

- c) typ oświetlenia

4. Przeciwwskazania do zawodów

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)