

Druk zaświadczenia zawierającego orzeczenie o stanie zdrowia dziecka słabowidzącego lub niewidzącego

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wypełnia lekarz okulista)

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach

Imię i nazwisko

Data i miejsce ur.

Pesel

Miejsce zamieszkania

1. Rozpoznanie okulistyczne choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD):

.....
.....

2. Ostrość wzroku do dali:

• bez korekcji: OP OL

• z optymalną korekcją OP OL

3. Ostrość wzroku do bliży:

• bez korekcji: OP OL.....

• z optymalną korekcją OP OL

Pole widzenia

.....

4. Określenie niepełnosprawności dziecka lub ucznia:

niewidzące / słabowidzące*

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)

***podkreślić właściwe**