(pieczątka instytucji wydającej zaświadczenie)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY

o stanie zdrowia dziecka / ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Rawiczu

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej
z dnia 07 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno –pedagogicznych
(Dz. U. z 2017r. poz. 1743)

Imię i Nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia ..... **PESEL** .....

Miejsce zamieszkania .....

Diagnoza lekarska / rozpoznanie /
.....

.....

.....

Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia
.....

.....

Rokowania
.....

.....

.....

Dziecko / Uczeń jest:

słabowidzący (jeśli ostrość wzroku wynosi od 0,06 do 0,3, a w zakresie pola widzenia występuje ograniczenie do obszaru 30stopni niezależnie od ostrości widzenia /może być lepsza niż 0,3/ przy maksymalnej korekcie okularowej)
zaznaczyć właściwą odpowiedź

tak nie

niewidomy

tak nie

.....
(pieczątka i podpis lekarza)

....., dnia.....