

.....
pieczęć placówki wydającej zaświadczenie

**Zaświadczenie lekarza okulisty
dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Tarnowie**

1. Dane dziecka/ucznia:

a/ imię i nazwisko:

b/ data urodzenia:PESEL.....

c/ miejsce zamieszkania:

2. Leczona(y) od:

3. Diagnoza (rozpoznanie, a także oznaczenie alfanumeryczne – zgodnie z ICD)

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

PACJENT (właściwe podkreślić): **SŁABOWIDZĄCY / NIEWIDOMY / NIE DOTYCZY**

a/ ostrość wzroku:

.....
.....

do dali (z korektą i bez):

.....
.....

do bliży (z korektą i bez):

.....
.....

b/ *skiaskopia*:

c/ *stereopsja* (widzenie głębi):

d/ *pole widzenia* (w pewnych określonych przypadkach):

e/ *dodatkowe wady i utrudnienia*:

4. *Wpływ deficytów na techniki szkolne* (pisanie, czytanie):

5. *Zaleca się:*

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Zapoznałam/em się z zaświadczeniem.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)