



ZAŚWIADCZENIE OKULISTYCZNE

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego publicznej poradni
psychologiczno-pedagogicznej

(dotyczy postępowania w sprawie: kształcenia specjalnego / wczesnego wspomaganie rozwoju
– właściwe podkreślić)

I. Dane dziecka/ucznia

Imię (imiona) i nazwisko:

Nr PESEL:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Placówka:

II. Informacje medyczne

Pozostaje pod opieką okulistyczną od:

Opis kliniczny (krótka charakterystyka jednostki chorobowej):
.....
.....

Charakterystyka przebiegu choroby (stabilna/postępująca, leczenie, rokowanie):
.....
.....

III. Parametry widzenia (z aktualną korekcją)

Parametr	OP	OL
Ostrość wzroku do dali		
Ostrość wzroku do bliży		
Wada refrakcji (po cykloplegii)		
Zalecana korekcja okularowa		

Dodatkowo:

Widzenie obuoczne / stereopsja:

Zez (kąt):

Pole widzenia:

Dno oka:

IV. Dodatkowe zaburzenia funkcji wzrokowych (np. światłowstręt, zaburzenia adaptacji do światła, oczopląs, zmęczenie wzrokowe)

.....
.....

V. Klasyfikacja funkcjonalna

Dziecko zalicza się do grupy:

słabowidzących,

niewidzących,

nie dotyczy

VI. Funkcjonalne widzenie dziecka (opis praktycznego korzystania ze wzroku w codziennych sytuacjach, czytaniu, pisaniu, orientacji)

.....
.....

VII. Wpływ zaburzeń wzroku na funkcjonowanie w edukacji

.....
.....

VIII. Zalecenia dotyczące organizacji procesu edukacyjnego

Uczeń wymaga:

- powiększonego druku / czcionki: tak nie
- pomocy optycznych (np. lupa, luneta): tak nie
- pomocy nieoptycznych / technologii wspomagających: tak nie
- wydłużonego czasu pracy: tak nie
- miejsca w pierwszej ławce: tak nie

Inne zalecenia:

.....
.....

IX. Prognoza (dotycząca widzenia i możliwości poprawy/pogorszenia funkcjonowania)

.....
.....

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)