



Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna

ul. Żaków 3, 66-200 Świebodzin, tel.: +48 684578801
e-mail: sekretariat@poradniapp.swiebodzin.pl

Zaświadczenie okulistyczne do celów oświatowych

1. Imię i nazwisko dziecka:.....
2. Data urodzenia/PESEL:.....
3. Adres zamieszkania:.....
4. Leczony okulistycznie od
5. Rozpoznanie.....
.....
.....

	OP	OL
Ostrość wzroku do dali z korekcją		
Ostrość wzroku do bliży z korekcją		
Wada refrakcji po cycloplegii		
Wartości szkieł okularowych		
Stan obuocznego widzenia/ Widzenie przestrzenne		
Zez / pomiar wielkości kąta		
Wynik badania dna oka		
Pole widzenia w okularach		
Oczopląs		

6. Dodatkowe zaburzenia w funkcjonowaniu narządu wzroku

.....

7. Wskazania do nauki (*proszę zaznaczyć x*)

Rodzaj dostosowania	wymaga	nie wymaga
powiększony druk/czcionka		
wydłużenie czasu pracy		
miejsce w pierwszej ławce		
Pomoce optyczne: <u>z uwagi na obniżoną ostrość widzenia do dali</u> ➤ monookulary, ➤ lornetki ➤ inne <u>z uwagi na obniżoną ostrość do blizy</u> ➤ lupy, ➤ okulary lupowe, ➤ okulary pryzmatyczne ➤ inne <u>poszerzające pole widzenia</u> ➤ odwrócone lunety Galileusza (monookulary, lornetki, okulary lornetkowe), ➤ folie pryzmatyczne Fresnela, ➤ inne		
Pomoce nieoptyczne: ➤ dodatkowe oświetlenie, ➤ pulpity czytelnicze, ➤ podkładki z klipsem, ➤ okulary z filtrami medycznymi, ➤ okulary przeciwsłoneczne ➤ inne.....		

8. Prognoza dotycząca leczenia

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

Na podstawie przeprowadzonej diagnozy okulistycznej badanego **można /nie można*** zakwalifikować do osób z niepełnosprawnością z uwagi na **słabowidzenie / niewidzenie**. *
Kwalifikacja wskazuje na możliwość objęcia ucznia nauką w formie kształcenia specjalnego w tym zastosowania wobec ucznia specjalnej organizacji nauki i metod pracy.

(*właściwe podkreślić)

.....

Data i pieczęć i podpis lekarza