

**ZAŚWIADCZENIE OKULISTYCZNE
o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

I. Dane dziecka

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia/PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

II. Informacje medyczne

Leczony okulistycznie od

Rozpoznanie (z oznaczeniem ICD)

III. Parametry widzenia.

	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		

IV. Dodatkowe zaburzenia w funkcjonowaniu narządu wzroku:

.....

IV. Wskazania dotyczące organizacji procesu edukacyjnego (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 bliży</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 klipssem, ➤ okulary z filtrami medycznymi, ➤ okulary przeciwsłoneczne ➤ inne		

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

.....

.....

.....

VI. Kwalifikacja funkcjonalna

Dziecko można / nie można* zakwalifikować do osób z niepełnosprawnością z uwagi na:

- słabowidzenie
- niewidzenie
- nie dotyczy

Kwalifikacja wskazuje / nie wskazuje* na potrzebę objęcia ucznia kształceniem specjalnym/wwr

* właściwe podkreślić

.....
 miejscowość , data

.....
 podpis i pieczęć lekarza

