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

pieczęć placówki medycznej miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA / UCZNIA
Z WADĄ WZROKU**

*Podstawa prawna: Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno- pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743).*

**Zaświadczenie wydaje lekarz specjalista (okulista) lub lekarz podstawowej opieki
zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego**

Imię i nazwisko dziecka / ucznia: ..............................................................................................
PESEL □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Data i miejsce urodzenia: ..........................................................................................................

Miejsce zamieszkania: .................................................................................................................

**Diagnoza medyczna:**

1. Rodzaj uszkodzenia wzroku:....................................................................................................
.......................................................................................................................................................

2. Ostrość widzenia po korekcji:...................................................................................................
.......................................................................................................................................................

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie:..................................................................
.......................................................................................................................................................

4. Dodatkowe schorzenia i utrudnienia:........................................................................................
.......................................................................................................................................................

5. Wpływ zdiagnozowanych zaburzeń na możliwości szkolne dziecka:......................................
.......................................................................................................................................................

6. Pacjent jest dzieckiem / uczniem:
• **niedowidzącym: *TAK / NIE\**
• słabowidzącym: *TAK / NIE\****

(ostrość wzroku od 5% do 30%, osłabienie akomodacji, oczopląs, światłowstręt, jaskra,
zaćma, zaburzenia adaptacyjne, inne................................................................)
• **niewidomym: *TAK / NIE\****(ostrość wzroku mniejsza niż 5%, ograniczenie pole widzenia nie większe niż 20 stopni).

7. Z jakich pomocy optycznych i nieoptycznych dziecko powinno korzystać:
.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.........................................................
pieczęć i podpis lekarza okulisty