

.....
pieczęć placówki medycznej

Karta badania okulistycznego ucznia ubiegającego się o kształcenie specjalne ze względu na niepełnosprawność narządu wzroku (wypełnia lekarz okulista)

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data i miejsce urodzenia PESEL.....
3. Adres zamieszkania
4. Wiek, w którym nastąpiła utrata (osłabienie) wzroku dziecka.....
5. Stopień uszkodzenia wzroku:

	oko prawe	oko lewe
całkowity brak wzroku
poczucie światła
słabe widzenie
niedowidzenie
6. Wyniki badań diagnostycznych, rozpoznanie co widzi i z jakiej odległości
.....
.....
.....
pole widzenia
rozpoznanie barw
7. Przebyte leczenie, operacje okulistyczne
8. przeciwwskazania, zalecane pomoce optyczne
.....
.....
9. Zalecane warunki poprawiające efektywność uczenia się, funkcjonowanie w szkole
.....
.....
10. Formy usprawniania
.....
.....

.....
miejsce, data

.....
pieczęć i podpis okulisty

UWAGA:

Zaświadczenie powinno być wypełnione we wszystkich punktach, w przeciwnym razie zostanie zwrócone wnioskodawcy do uzupełnienia.