

.....
pieczęć placówki leczniczej

.....
miejscowość i data

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE WZROKU DZIECKA
DLA ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO
przy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzeniaPesel.....
3. Adres zamieszkania:
kod miejscowość
ul. nr.
4. Rozpoznanie okulistyczne (wada, schorzenie)
.....
.....
5. Vis o. p. z kor. po kor.
Vis o. l. z kor. po kor.
6. Widzenie obuoczne
7. Widzenie barw
8. Przeciwwskazania
.....
9. Uwagi
.....
10. Sn o. p.
o. l.
11. Pole widzenia

.....
pieczęć i podpis lekarza

Podstawa prawna:

Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno – pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1743).