



Załącznik nr 3 do P03-Orz: „Zaświadczenie lekarskie - wzrok”

Załącznik B-1/2018
do Regulaminu działalności ZO
z dnia 01.03.2018 r.

.....
(pieczęć placówki medycznej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Swarzędzu**

**Wypełnia się dla dzieci i młodzieży, w stosunku do których będzie prowadzone postępowanie orzekające
w sprawie kształcenia specjalnego lub wczesnego wspomaganie rozwoju z uwagi na niepełnosprawność
wzroku**

Podstawa prawna:

§ 6 ust. 4 Rozporządzenia MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017r. poz.1743).

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Miejsce zamieszkania

1. Diagnoza (rozpoznanie)

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

a) ostrość wzroku

.....
.....

do dali (z korektą i bez)

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

do blizy (z korektą i bez)

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



b) refrakcja po cycloplegii

.....
.....

c) stereopsja (widzenie głębi)

.....
.....

d) pole widzenia (w pewnych określonych przypadkach)

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

e) dodatkowe wady i utrudnienia

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

2. Wpływ deficytów na techniki szkolne (na pisanie i czytanie)

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

3. Zaleca się

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)