

**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 urodzenia.....
3. Wiek, w którym nastąpiła utrata (osłabienie) wzroku dziecka.....
4. Stopień uszkodzenia wzroku:

	OKO PRAWE	OKO LEWE
CAŁKOWITY BRAK WZROKU		
POCZUCIE ŚWIATŁA		
SŁABE WIDZENIE		
NIEDOWIDZENIE		

5. Wyniki badań diagnostycznych, rozpoznanie, co widzi i z jakiej odległości:

.....

.....

.....

Pole widzenia.....

Widzenie barw.....

6. Przebyte leczenie, operacje okulistyczne

.....

.....

.....

7. Przeciwwskazania, zalecenia, zalecane warunki edukacyjne

.....

.....

.....

.....
/data badania/ /pieczęć i podpis lekarza/