……………………………………………..

/ pieczęć placówki medycznej /

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego**

Wypełnia się dla uczniów wobec których będzie prowadzone postępowanie orzekające dotyczące kształcenia specjalnego albo zajęć rewalidacyjno – wychowawczych albo wczesnego wspomagania rozwoju.

Imię i Nazwisko…………………………………………………………ur……………………

Miejsce zamieszkania………………………………………………………………………….

1. **Rozpoznanie medyczne**

**………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

1. **Stopień obniżenia ostrości wzroku ( właściwe podkreślić )**
2. Wzrok w granicach normy b) dziecko słabowidzące\* c) dziecko niewidome\*\*
3. **Ograniczenia wynikające z powyższego rozpoznania**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Wskazania do zaopatrzenia dziecka w oprzyrządowanie**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

\*( dziecko, którego ostrość widzenia po korekcji optycznej sięga 0,3 pełnej ostrości )

\*\* (dziecko, które zupełnie nie widzi lub jego ostrość widzenia nie przekracza 1/20 normalnej ostrości widzenia przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych albo kiedy jego pole widzenia jest ograniczone do przestrzeni zawartej w 20% )

1. **Ocena:**

* Ostrość widzenia do dali i do bliży bez korekcji

…………………………………………………………………………………………………

* Ostrość widzenia do dali i do bliży po korekcji

…………………………………………………………………………………………………

* Pola widzenia

…………………………………………………………………………………………………

* Widzenia obuocznego

…………………………………………………………………………………………………

* Zaburzeń konwergencji

………………………………………………………………………………………………….

* Daltonizmu

…………………………………………………………………………………………………

1. **Zaburzenia nieuwzględnione powyżej, a powodujące istotne trudności funkcjonalne w środowisku szkolnym**

**……………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………**

1. **Ocena wyniku leczenia i rokowania**

**……………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………**

1. **Inne bariery i ograniczenia utrudniające funkcjonowanie dziecka**

**……………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………**

**…………………………… …………………………………………..**

(miejscowość i data )( pieczątka i podpis lekarza okulisty)