

DOT. WYDANIA ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY
NIEWIDOMYCH LUB SŁABOWIDZĄCYCH

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

Data i miejsce urodzenia.....Pesel

.....
(adres zamieszkania)

**Rozpoznanie z uwzględnieniem charakterystyki klinicznej jednostki chorobowej,
parametrów ostrości wzroku i pola widzenia z aktualną korekcją oraz rokowania:**

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

Zaświadczenie zawierające wskazanie

**ZE WZGLĘDU NA WYSTĘPUJACE SCHORZENIE NARZĄDU WZROKU (zgodnie
z Międzynarodową Klasyfikacją Obniżenia Ostrości Wzroku)**

dziecko/uczeń jest:

- niewidomy*

- słabowidzący*

i wymaga objęcia kształceniem w ramach orzeczenia o potrzebie kształcenie specjalnego*

*Właściwe podkreśl

.....
(data i podpis lekarza okulisty)