**Zaświadczenie lekarza okulisty do celów oświatowych**

1. Dane dziecka:

imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………….

ur. …………………………………………………………………………………………………………………………..

zam. ………………………………………………………………………………………………………………………..

2. Leczony od ……………………………………………………………………………………………………………………..

3. Rozpoznanie …………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

4. Dodatkowo występujące choroby, deficyty, trudności …………………………………………………….

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

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

5. Wynik badania wzroku ……….…………………………………………………………………………………………..

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

6. Wpływ uszkodzenia na rozwój i funkcjonowanie w szkole ……………………………………………….

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

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

7. Zaleca się ………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

Wydane dnia …………………………………………