Zaświadczenie lekarza okulisty do celów oświatowych

……..

1. ***Dane dziecka :***

a/ imię i nazwisko: …….

b/ data urodzenia: …….....

c/ miejsce zamieszkania: …….....

2. ***Leczona(y) od :*** …….....

3. ***Diagnoza (rozpoznanie):***

a/ ***ostrość wzroku***……..

……...

do dali (z korektą i bez)……....

…….....

……...

do bliży (z korektą i bez)…….....

……...

……...

b/ ***skiaskopia***…….....

…….....

…….....

c/ ***stereopsja*** (widzenie głębi)……...

……...

……...

d/ ***pole widzenia*** (w pewnych określonych przypadkach)……

……...

……...

……...

e/ ***dodatkowe wady i utrudnienia***……

……...

……...

4. ***Wpływ deficytów na techniki szkolne*** (pisanie, czytanie):

……...

……...

……...

……...

5. ***Zaleca się*** : ……...

……...

……...

…… ……

(wydano dnia) (Podpis i pieczątka lekarza)