

## ZAŚWIADCZENIE

PORADNIA PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNA W .....

.....  
miejsowość

ZWRACA SIĘ

### Z UPRZEJMĄ PROŚBĄ O PRZEKAZANIE INFORMACJI O STANIE WZROKU PACJENTA

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. 2023 poz. 2061)

#### A. INFORMACJE O DZIECKU:

Imię i nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	

#### B. TREŚĆ

Pacjent słabo widzący  tak  
 nie

Rodzaj schorzenia	
-------------------	--

Wada wzroku  mała  
 średnia  
 duża

Ostrość widzenia:	(bez korelacji)	(po korelacji)
	OP	OP
	OL	OL

Pole widzenia (norma, zawężone)	
---------------------------------	--

Proponowana czcionka do czytania	
----------------------------------	--

Dodatkowe informacje, w tym czy korekcja okularami daje dziecku możliwość pełnego widzenia, **konieczne zalecenia** itp.: .....

.....

.....

.....

Jednostka chorobowa jest:  stabilna  
 pogłębiająca się

#### C. PODPIS

.....  
(pieczętka i podpis lekarza prowadzącego badanie)