

**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNA NR 1**  
**W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM**  
**66-400 GORZÓW WIELKOPOLSKI UL.PANKIEWICZA 5-7,**

**Zaświadczenie okulistyczne**  
**do celów oświatowych**

1. Imię i nazwisko dziecka: .....
2. Data urodzenia/PESEL: .....
3. Adres zamieszkania: .....
4. Leczony okulistycznie od .....
5. Diagnoza: .....
- .....
- .....
- .....

	OP	OL
Ostrość wzroku do dali z korekcją		
Ostrość wzroku do bliży z korekcją		
Wada refrakcji po cycloplegii		
Wartości szkieł okularowych		
Stan obuocznego widzenia/ Widzenie przestrzenne		
Zez / pomiar wielkości kąta		
Wynik badania dna oka		
Pole widzenia		

6. Dodatkowe zaburzenia we funkcjonowaniu narządu wzroku:

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

7. Wpływ deficytów na naukę w szkole:

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

8. Wskazania do nauki:

- powiększony druk/czcionka: wymaga / nie wymaga\*
  - pomocy optycznych: wymaga / nie wymaga\*
  - wydłużenia czasu pracy: wymaga / nie wymaga\*
  - miejsce w pierwszej ławce: wymaga / nie wymaga\*
  - inne wskazania: .....
- .....  
.....

9. Zalicza się do grupy osób słabowidzących : tak / nie\*

10. Prognoza dotycząca leczenia:

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