

Pieczętka nagłówkowa placówki

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

SPECJALISTY OKULISTY

o stanie zdrowia ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno –
Pedagogicznej

Imię i nazwisko ucznia

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie – określenie wady wzroku

.....
.....

oko prawe.....

.....
oko lewe.....

Zastosowane leczenie, rokowania

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

Zalecenia dotyczące edukacji (czy dziecko wymaga specjalnej organizacji nauki i metod
pracy).

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

.....
Podpis i pieczęć lekarza