

***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/ **dotatkowe wady i utrudnienia:** .....

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

**5. Zaleca się :**

.....  
(Wydano dnia)

.....  
(Podpis i pieczętka lekarza)