

5. Zapisano pomoce optyczne (jakie)

.....
.....

6. Widzenie barw

.....

7. Widzenie obuoczne

.....

8. Pole widzenia

.....

9. Rokowania

.....

10. Zalecenia do zajęć wychowania fizycznego

.....

.....

.....

11. Inne szczególne zalecenia do nauki.

.....

.....

.....

.....
/pieczętka i podpis lekarza/