

## Информация от родителите

Име на ученика.....

Имена на родителите.....

.....

Адрес:.....

Пощ. код..... Тел. ....

Име на офталмолога.....

Адрес.....

Пощ. код..... Тел. ....

Кога е поставена зрителната диагноза?.....

Има ли други фактори,които влияят на зрителното функциониране  
/напр.лекарства,продължителни заболявания/.....

.....

### А. Оптични средства

Средство	Да	Не	Предписано на:
Очила			
Контактни лещи			
Друго			

	Да	Не	Бележки
Спазва лекарски предписания			
Грижи се за оптичните средства			
Свикнал е с тях			
Приема помощ			
Лечение вкъщи /капки, лекарства/			

### Б. Приспособления

С какво се занимава детето вкъщи/приблизително време между дейностите,  
приблизително времетраене на  
всяка/?.....

.....

.....

2.В какви активни дейности се включва вашето дете с децата от квартала?.....

.....

3. Какви отговорности има вашето дете в къщи?.....

.....

4. В какви творчески и културни дейности е включено /уроци по музика, спорт и др./?

.....

.....

5. Смятате ли, че детето се справя също толкова добре, колкото зрящите му връстници?

.....

.....

## В. Мобилност

Как се придвижва детето Ви?

	свободно	с вербални инструкции	с чужда помощ
В позната среда			
В по-малко позната			
В непозната среда			