

**NALEŻY WYPEŁNIĆ I ODDAĆ WRAZ ZE ZGŁOSZENIEM/PODANIEM
DO WYPEŁNIENIA PRZEZ MIEJSCOWEGO/WŁASNEGO LEKARZA**

WYPEŁNIA ZAWODNIK

Nazwisko Imię/-ona

Data urodzenia Płeć

Zażywane leki Ilość/dawki

Stopień niepełnosprawności:

- Znaczny
 umiarkowany
 lekki

Orzeczenie ważne do dnia.....
 Bezterminowo

Pieczęć klubu

WYPEŁNIA LEKARZ OKULISTA

Ostrość widzenia/wzroku

Z korektą Bez korekty

Oko Prawe

Oko Lewe

Pole/-pola widzenia(jeśli dotyczy to osoby zgłaszanej) Prosimy o załączenie kopii badania lekarskiego do formularza zgłoszenia!

Oko Prawe (w stopniach)

Oko Lewe (w stopniach)

Kategoria/klasa
(B1, B2 lub B3)

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)

**Instrukcja do systemu trój-klasowego
(3 kategorie):**

B 1 – Brak nawet słabego widzenia w każdym z oczu aż do słabego widzenia jednak przy niezdolności rozpoznawania kształtu dłoni z jakiegokolwiek odległości lub kierunku.

B 2 – Od zdolności do rozpoznawania kształtu dłoni do zdolności widzenia 2/60 oraz/lub pole widzenia mniejsze niż 5°.

B 3 – Od ostrości widzenia powyżej 2/60 aż do 6/60 oraz/lub pole widzenia większe niż 5° lecz mniejsze niż 20°.

Wszelka klasyfikacja dotyczy oka lepiej widzącego przy najlepszym skorygowaniu.

Przyznanie klasyfikacji powinno się odbywać w gabinecie okulistycznym.
Liczenie palców powinno być przeprowadzone z użyciem tła kontrastującego.

Jeśli klasyfikacja opiera się wyniku pola widzenia to sportowiec musi przedstawić kopie swojego badania pola widzenia.

Pole widzenia powinno być zbadane za pomocą aparatury umożliwiającej wyznaczenie wyniku w stopniach i przy użyciu dużych przedmiotów/obiektów.