נספח לנופש עם ליקוי ראיה\עיוורון:

שם הילד:_____ Child name:, ת. לידה:_____\ \ Birth date:

מחלות \ The Syndromes\Diseases:_____

_____

דרגת ליקוי הראיה- degree of vision impairment:

1. לקוי ראיה - impaired vision:

2. כבד ראיה- low vision:

3. עיוור - blind:

*** שתי עיניים: ___, עין ימין: ___, עין שמאל: ___**

*** עיוורון לילה?: כן לא עיוורון צבעים: כן לא**

*** מסתנוור באור השמש: כן לא**

*** ללא חשיפה לשמש(כובע, משקפי שמש, קרם הגנה): כן לא**

*** חייב ליווי אישי צמוד: כן לא . רק בלילה רק ביום**

*** טיפול מקומי לעיניים: משחת _____ פעמים ביום**

(בוקר צהרים ערב לילה), טיפות _____,
_____ טיפות _____ פעמים ביום (בוקר צהרים ערב לילה)

מידע חשוב נוסף לגבי הילד\ה:_____

_____

כתיבה ועריכה: זמורה והרצל עדכון: 26.11.2014