**Zestawienie zbiorcze w zakresie badanie przesiewowe wzroku w roku szkolnym 2024-2025**

(Badanie w ramach III edycji Projektu Spojrzeć Inaczej ©)

Nazwa placówki:………………………..

Termin badania:………………………….

Osoba badająca:………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Liczba dzieci w grupie** | **Liczba dzieci zgłoszonych do badania**  (wg zgody rodziców/prawnych opiekunów dzieci) | **Liczba dzieci badanach** | **Liczba dzieci wskazanych**  **do pogłębionej diagnozy** | **Liczba dzieci po diagnozie specjalistycznej**  **(okulistycznej lub optometrycznej)** |
|  |  |  |  |  |  |