

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
DLA OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA**

- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności  
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd”  
*prosimy wypełnić czytelnie*

**Imię i nazwisko Pacjenta** .....

**PESEL** .....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:  
dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

- jednego oka  
 obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia:  *dotyczy*,  *nie dotyczy*

w oku lewym do 30 stopni       tak       nie

w oku prawym do 30 stopni       tak       nie

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):  *dotyczy*,  *nie dotyczy*

w oku lewym równa lub poniżej niż 0,3       tak       nie

w oku prawym równa lub poniżej niż 0,3       tak       nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

- tak       nie

....., dnia .....

(miejscowość )

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza