

.....
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 0,1 tak nie

w oku prawym równa lub poniżej niż 0,1 tak nie

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza