.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

Zaświadczenie lekarskie

Lekarza specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i Nazwisko Pacjenta .....

PESEL .....

Adres zamieszkania
.....
.....
.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, iż osoba niepełnosprawna ma*:

- ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1: TAK NIE

- zwężenie pola widzenia do 30 stopni: TAK NIE

_____
(data)

_____
(pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty)

*właściwe podkreślić