

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

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

Zaświadczenie lekarskie

Lekarza specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim
(osoba niepełnosprawna do 16 roku życia)

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 0,3:** TAK NIE

- **zwężenie pola widzenia do 30 stopnia:** TAK NIE

(data)

(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)

*właściwe podkreślić