

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię .....

PESEL .....

Adres .....

Rodzaj schorzenia\*:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne    | <input type="checkbox"/> narząd wzroku | <input type="checkbox"/> układ krążenia  |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> narząd słuchu | <input type="checkbox"/> układ oddechowy |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> układ ruchu   | <input type="checkbox"/> inne .....      |

Opis schorzeń .....

.....  
.....  
.....  
.....

Określenie rodzaju sprzętu:

.....  
.....  
.....  
.....

Powyższy sprzęt jest:

- niezbędny                       wskazany                       zbędny

w celu likwidacji barier technicznych.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

\*- właściwie zaznaczyć