

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej  
do rodzaju niepełnosprawności

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
dla osób do 16 roku życia

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

3. Badanie ostrości wzorku zostało wykonane z użyciem szkieł korygujących - w korekcji.

|                          |                                                                           |                                   |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równą lub poniżej 0,3 | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równą lub poniżej 0,3  | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym                          | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym                           | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka lewego .....                                          | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja oka prawego .....                                         | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |

....., dnia .....20.....r.

.....

(**miejsowość**) (**data**)

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza