

## Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)             |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 | .....  |
|   | .....  |

### Konieczność udostępnienia (posiadania) urządzenia pomocniczego, sprzętu rehabilitacyjnego do korzystania w warunkach domowych.

- NIE
- TAK – uzasadnienie (jakie urządzenie lub sprzęt rehabilitacyjny)

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

### Uwagi:

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

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty