

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko ..... PESEL.....  
Adres .....

**Rodzaj niepełnosprawności** (prosimy zaznaczyć wszystkie występujące dysfunkcje):  
dysfunkcja narządu ruchu

- z koniecznością poruszania się **na wózku inwalidzkim**;
- z koniecznością poruszania się przy pomocy: .....
- inna dysfunkcji narządu ruchu: .....
- brak/  niedowład kończyn  dolnych/  górnych .....
- dysfunkcja narządu wzroku;
- dysfunkcja narządu  słuchu/ mowy;
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe);
- inne dysfunkcje .....

Niepełnosprawność  **powoduje**/  **nie powoduje** trudności w poruszaniu się.

Informacja o obecnym stanie zdrowia uzasadniająca potrzebę likwidacji barier:  
(należy wypełnić poniżej)

.....  
.....

nie ma konieczności likwidacji barier

Zakres zalecanej likwidacji barier:  
(należy wymienić niezbędne udogodnienia)

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

(pieczęć i podpis lekarza)