

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

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

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że (proszę zakreślić właściwe pola):

- **Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1:**

**TAK** - .....  **NIE** - .....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza) (pieczętka, nr i podpis lekarza)

- **i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni:**

**TAK** - .....  **NIE** - .....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza) (pieczętka, nr i podpis lekarza)

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza