.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia …….

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(dotyczy osób do 16 roku życia)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL ……..
3. Opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności .....

.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

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

☐ tak ☐ nie

i/lub

Pacjent ma zwężenie pola widzenia **do 30 stopni**:

☐ tak ☐ nie

....., dnia ..... ….....
(miejscowość) *(data)* *(pieczątka i podpis lekarza specjalisty)*