

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(dotyczy osób do 16 roku życia)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 0,3**:

☐ tak ☐ nie

i/lub

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

☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)