

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

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/wniosek wnioskodawcy w imieniu dziecka/podopiecznego/

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

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

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężenie pola widzenia:

☐ do 30 stopni

☐ nie dotyczy

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

☐ w oku lepszym równą lub poniżej 0,3

☐ w oku lepszym równa lub niższa 0,1 (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca ubiega się  
o dofinansowanie do zakupu urządzeń brajlowskich)

☐ nie dotyczy

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

☐ tak

☐ nie

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza