
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PCPR w Świeciu-
likwidacja barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

/prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim/

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____ adres zamieszkania _____

ZAKREŚLIĆ JEDNO WŁAŚCIWE POLE	PACJENT JEST OSOBĄ PORUSZAJĄCĄ SIĘ:	PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA
<input type="checkbox"/>	na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy opiekuna	
<input type="checkbox"/>	na wózku inwalidzkim samodzielnie na terenie dostępnym	
<input type="checkbox"/>	na stałe przy pomocy kul lub balkonika	
<input type="checkbox"/>	samodzielnie	

/miejsowość i data/

/pieczęć i podpis lekarza specjalisty lub prowadzącego/