

Pieczęć nagłówkowa

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA/LOGOPEDY/DYREKTORA SZKOŁY/  
PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ\***

wydane dla potrzeb PCPR w Świeciu-  
likwidacja barier w komunikowaniu się/ dofinansowanie do zakupu sprzętu komputerowego  
*/prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim/*

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ adres zamieszkania \_\_\_\_\_

1. Niepełnosprawność dotyczy dysfunkcji narządu (zaznaczyć właściwe):

wzroku

słuchu

mowy

2. Czy w związku z istniejącą niepełnosprawnością występują zaburzenia komunikowania się z innymi ludźmi?

TAK

NIE

3. Czy zaburzenia komunikowania się można pokonać w wyniku posługiwania się komputerem wyposażonym w specjalistyczne programy komputerowe/edukacyjne:

TAK

NIE

4. Zalecane specjalistyczne programy komputerowe/edukacyjne (dokładna nazwa programu):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis osoby wystawiającej  
zaświadczenie

\* prosimy wypełniać w przypadku osób niepełnosprawnych, u których przyczyną powstania niepełnosprawności (wynikającą z orzeczenia) są: zaburzenia głosu, mowy (03-L), wzroku (0-4 O)