_____
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 (zaznaczyć właściwe):

☐ chorób narządu wzroku ☐ chorób narządu słuchu ☐ zaburzeń głosu, mowy

☐ chorób psychicznych ☐ upośledzenia umysłowego ☐ całościowych zaburzeń rozwojowych

☐ innych schorzeń (podać jakich): _____

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 lub choroby słuchu (03-L), choroby narządów wzroku (04-O), upośledzenie umysłowe (01-U), choroby psychiczne (02-P) lub całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C).