
(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 _____

PESEL _____ adres zamieszkania _____

ZAKREŚLIĆ JEDNO WŁAŚCIWE POLE	PACJENT JEST OSOBĄ PORUSZAJĄCĄ SIĘ:
<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"/>	doraźnie przy pomocy osoby drugiej/ samodzielnie

miejsowość i data

pieczętka i podpis lekarza
specjalisty lub prowadzącego