

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB  
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE**

( dla celów dofinansowania likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu  
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**Opis schorzenia:**.....

.....

.....

.....

**Zdolność poruszania się:**

samodzielnie     za pomocą kuli/kul     za pomocą balkonika

na wózku inwalidzkim     osoba mająca protezę kończyny dolnej/górnej

za pomocą innych przedmiotów ortopedycznych – jakich.....

.....

**Uszkodzenie narządu ruchu, w zakresie:**

brak lub niedowład kończyn/y górnych/ej

brak lub niedowład kończyn/y dolnych/ej

jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej

jednoczesnej dysfunkcji, co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych

jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych

inne :

.....

.....

.....  
(Data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)