

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\* DLA OSÓB DO 16 R.Ż.

wydane dla potrzeb PCPR w Świeciu dla osób z dysfunkcją narządu wzroku  
*/prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim/*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent:

1) ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

TAK

NIE

2) ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 i/lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

TAK

NIE

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

TAK

NIE

5. Czy zaburzenia komunikowania się można pokonać w wyniku posługiwania się sprzętem elektronicznym lub jego elementami lub oprogramowaniem\*\*:

TAK

NIE

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego  
zaświadczenie

\*prosimy wypełniać w przypadku osób niepełnosprawnych, u których przyczyną powstania niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu wzroku

\*\* należy przez to rozumieć komputer (stacjonarny lub mobilny) oraz/lub współpracujące z nim urządzenia i dedykowane oprogramowanie, umożliwiające ograniczanie skutków rodzaju i stopnia niepełnosprawności