

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

.....  
Miejscowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA<sup>1</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (B1)  
dotyczy osób niepełnosprawnych w wieku do 16 roku życia

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim -

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ):

OSTROŚĆ WZROKU W KOREKCJI (należy wskazać wg skali Snellena)	
<input type="checkbox"/>	ostrość wzroku (w korekcji) w oku lewym jest równa lub poniżej 0,3
<input type="checkbox"/>	ostrość wzroku (w korekcji) w oku prawym jest równa lub poniżej 0,3
<input type="checkbox"/>	nie dotyczy
ZWĘŻENIE POLA WIDZENIA	
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym
<input type="checkbox"/>	zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym
<input type="checkbox"/>	nie dotyczy

.....  
(miejscowość i data)

.....  
pieczętka, nr i podpis

<sup>1</sup> Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku