....

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej *Miejscowość, data*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane w celu stwierdzenia potrzeb w zakresie likwidacji barier architektonicznych

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko …….....

2. Adres zamieszkania .....

3. PESEL .....

4. Uszkodzenia narządów, układów oraz choroby współistniejące i wynikające z nich trudności w poruszaniu się .....

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

……

(podpis i pieczęć lekarza wydającego zaświadczenie)