

.....
(pieczęć placówki)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Dane osoby:

a) Imię i nazwisko.....

b) Data i miejsce urodzenia.....

c) Miejsce zamieszkania.....

2. Rodzaj niepełnosprawności:

- 05-R (narządy ruchu)
- 10-N (choroby neurologiczne)
- 12-C (całościowe zaburzenia rozwojowe)

Inne, jakie?:

- 01-U (upośledzenie umysłowe)
- 02-P (choroby psychiczne)
- 03-L (choroby laryngologiczne/ słuch)
- 04-O (narząd wzroku)
- 06-E (epilepsja)
- 07-S (choroby układu krążenia/ oddechowego)
- 08-T (choroby układu pokarmowego)
- 09-M (choroby układu moczowo- płciowego)
- 11-I (inne, w tym m.in.: schorzenia endokrynologiczne, enzymatyczne, metaboliczne)

3. Osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt 1 ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na:

.....
.....

4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń i sprzętów:

.....
.....
.....

5. Posiadanie w/w urządzeń, sprzętu wymienionych w pkt 4 wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący sposób:

.....
.....

4. Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

.....
.....

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza