

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

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL.....

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

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta ( **do 16 r. ż** ) dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

Pacjent ma zwężone pole widzenia:

nie dotyczy

dotyczy

w oku lewym do 30 stopni

nie

tak

w oku prawym do 30 stopni

nie

tak

lub

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji):

nie dotyczy

dotyczy

w oku lepszym równą lub poniżej 0,3

nie

tak

.....  
( miejscowość )

( data )

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza