

.....
pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie
dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL.....

1) Wnioskodawca ma trudności w poruszaniu się:

TAK NIE

2) Niepełnosprawność wnioskodawcy dotyczy:

- brak jednej kończyny górnej
- brak dwóch kończyn górnych
- niedowład jednej kończyny górnej
- niedowład dwóch kończyn górnych
- brak jednej kończyny dolnej
- brak dwóch kończyn dolnych
- niedowład jednej kończyny dolnej
- niedowład dwóch kończyn dolnych

- jednoczesna dysfunkcja kończyn(y) górnej i dolnej
- dysfunkcja narządu wzroku, w zakresie:

.....
 inna niepełnosprawność

.....
3) Wnioskodawca porusza się: (zaznaczyć właściwe)

- samodzielnie
- za pomocą kuli
- za pomocą kul
- za pomocą balkonika
- na wózku inwalidzkim
- przy pomocy białej laski
- z pomocą opiekuna

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza