

**Zaświadczenie lekarskie**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pajęcznie

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia .....

1. Rodzaj niepełnosprawności ( jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu):

.....  
.....

2. Szczegółowy opis schorzenia ( lub schorzeń) uzasadniający konieczność likwidacji barier architektonicznych\* lub zakupu sprzętu ( barier w komunikowaniu się\* i technicznych\*):

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

**Prosimy o czytelne ( w języku polskim) wypełnienie zaświadczenia**

.....  
data

.....  
pieczętka i podpis lekarza

*\* niepotrzebne skreślić*