

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko uczestnika projektu
Adres zamieszkania uczestnika projektu
Numer PESEL

Zaświadczam, że wyżej wymieniona osoba

	Zaznacz TAK jeżeli dotyczy, NIE jeżeli nie dotyczy	
	TAK	NIE
Posiada stopień niepełnosprawności	TAK	NIE
Lekki	TAK	NIE
umiarkowany	TAK	NIE
znaczny	TAK	NIE
Niepełnosprawność sprzężona	TAK	NIE
Choroby psychiczne	TAK	NIE
Niepełnosprawność intelektualna	TAK	NIE
Całościowe zaburzenia rozwojowe (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)	TAK	NIE
Jest osobą niesamodzielną	TAK	NIE
z powodu wieku	TAK	NIE
z powodu choroby	TAK	NIE
inne	TAK	NIE
Inne (opisz jakie):		

DATA

PODPIS LEKARZA