Załącznik 8

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko uczestnika projektu
Adres zamieszkania uczestnika projektu y
Numer PESEL

Zaświadczam, że wyżej wymieniona osoba

Posiada stopień niepełnosprawności*	TAK	NIE
Lekki	TAK	NIE
umiarkowany	TAK	NIE
znaczny	TAK	NIE
Niepełnosprawność sprzężona (osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności) *	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):		

*** zaznacz TAK jeżeli dotyczy NIE jeżeli nie dotyczy**

DATA

PODPIS LEKARZA