

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Adres (miejsce pobytu):</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Schorzenia:</b>	
<b>Zalecany sprzęt lub oprogramowanie w komunikowaniu się, wspomagający samodzielne funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej</b>	
<b>Uwagi lekarza:</b>	

.....  
Data

.....  
Pieczęćka i podpis lekarza