

**Załącznik nr 2 do wniosku na likwidację  
barier architektonicznych  
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb PCPR

Imię i nazwisko .....  
Data urodzenia ..... PESEL .....  
Adres .....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\***

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
- na wózku inwalidzkim
  - na stałe
  - okresowo
- za pomocą kul
- za pomocą balkoniku
- osoba leżąca
  
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- inne (podać jakie).....

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej:  
.....  
.....  
.....  
.....

Opis schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data ..... .....  
*Podpis i pieczętka lekarza*

\* właściwe zaznaczyć