

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

### **Zaświadczenie lekarskie**

**dotyczące udziału w projekcie konkursowym**

*„Szansa na lepsze jutro”*  
realizowanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej w 2019r.  
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego  
Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 | <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....        |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | .....  |

Konieczność całkowitej pomocy ze strony otoczenia podczas wyjazdowych form wsparcia  
w projekcie\*

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....

\*właściwie zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)