

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

OPINIA LEKARSKA  
DOTYCZĄCA ZASADNOŚCI LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH  
*(utrudnienia występujące w budynku i jego najbliższej okolicy, które  
z uwagi na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki  
użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę w poruszaniu się)*  
DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

Rodzaj schorzenia .....

.....  
(diagnoza w języku polskim)

Osoba korzysta ze sprzętu ortopedycznego, wspomagającego poruszanie się. TAK  NIE

Rodzaj sprzętu (np. laska, kule, balkonik, wózek inwalidzki, proteza kończyn): .....

Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych oraz jego wpływ na poprawę  
sprawności psychofizycznej osoby niepełnosprawnej:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć i podpis  
lekarza