**אישור על מוגבלות**

הנני לאשר, כי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ת.ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

הוא אדם עם מוגבלות כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998,

ונזקק לסיוע אישי בשל מוגבלותו.

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הרופא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_