

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
dla kandydatów na uczestników środowiskowego domu samopomocy

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Rozpoznanie .....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy występują przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach ? TAK/NIE

Jeśli TAK to jakie? .....

.....

.....

Sprawność w zakresie lokomocji w przypadku osób niepełnosprawnych fizycznie:

.....

.....

.....

.....  
podpis i pieczętka lekarza rodzinnego