

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO WYDANE DLA POTRZEB
UBIEGANIA SIĘ O UCZESTNICTWO
W ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY**

IMIĘ [.....]

NAZWISKO [.....]

Data urodzenia [.....]

Numer PESEL [.....]

Nr i seria dowodu osobistego (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość- podaj
jaki)[.....]

Adres zameldowania

1. Informacja o stanie zdrowia:

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

2.

a) Brak przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez ŚDS **TAK/NIE***

b) Wskazania do uczestnictwa w zajęciach Organizowanych przez ŚDS /wymienić/ **TAK/NIE***

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

3. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie.

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

4. Uwagi i inne ważne informacje

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

*niepotrzebne skreślić

Świdwin, dnia

.....

(podpis i pieczęć lekarza)