

(Pieczęć Poradni)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO
O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO
ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY „PODKOWA”
W BIELSKU – BIAŁEJ**

Imię i nazwisko data urodzenia

Adres: Bielsko-Biała

Numer telefonu kontaktowego:

1. Stan zdrowia

2. Brak przeciwwskazań / przeciwwskazania * do uczestnictwa w zajęciach Domu wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie.

- niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)