……
PIECZĄTKA PORADNI

…….
DATA

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

(do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy „Integracja” w Bytomiu)

1. IMIĘ I NAZWISKO

   ……

2. ADRES……..

   ……

3. PESEL……

4. STAN ZDROWIA SOMATYCZNY

   ……
   ..…….
   ……
   ……..…….

5. PRZECIWWSKAZANIA DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH*

   ☐ TAK ☐ NIE

6. SPRAWNY/A W ZAKRESIE LOKOMOCJI* (dotyczy osób niepełnosprawnych fizycznie)

   ☐ TAK ☐ NIE

……
PIECZĄTKA LEKARZA

* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ
*

……
PIECZĄTKA PORADNI

…….
DATA

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

(do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy „Integracja” w Bytomiu)

1. IMIĘ I NAZWISKO

   ……

2. ADRES……..

   ……

3. PESEL……

4. STAN ZDROWIA SOMATYCZNY

   ……
   ..……..
   ……
   ……..……..

5. PRZECIWWSKAZANIA DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH*

   ☐ TAK ☐ NIE

6. SPRAWNY/A W ZAKRESIE LOKOMOCJI*(dotyczy osób niepełnosprawnych fizycznie)

   ☐ TAK ☐ NIE

……
PIECZĄTKA LEKARZA

* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ
*