

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PIERWSZEGO KONTAKTU

O stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach

Środowiskowego Domu Samopomocy – Pobyt Dzienny A

Pan/i

zam.....

data urodzenia

informacja o stanie zdrowia.....

.....

.....

przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach domu

.....

.....

informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie

.....

.....

Chełmek, dnia

.....

Pieczęć i podpis lekarza