

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

dla kandydatów na uczestników Domu Dziennego Pobytu Senior+ w Sompolnie

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Ze względu na wiek lub/i przewlekłą chorobę lub/i niepełnosprawność
**wymaga częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb
bytowych.**

Czy występują przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach? **TAK/NIE***

Jeśli TAK to jakie?
.....
.....

Czy występują przeciwwskazania do przewozu transportem zorganizowanym przez Miejsko –
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sompolnie? **TAK/NIE***

Jeśli TAK to jakie?
.....
.....

.....
data, podpis i pieczęć lekarza rodzinnego

* właściwe zakreślić