

.....
(pieczęć nagłówkowa)

.....
(miejsowość i data)

Z A Ś W I A D C Z E N I E * ¹

Zaświadczenie dotyczy:

Pana/ Pani.....

zam.

1. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych Środowiskowego Domu Samopomocy TAK/NIE *²

2. Stan zdrowia :

3. Określenie sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie:

.....

* ¹ - § 7.1.cyt: „zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach domu wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie” ZGODNIE Z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ Z DNIA 9 GRUDNIA 2010 R. W SPRAWIE ŚRODOWISKOWYCH DOMÓW SAMOPOMOCY.

*² – niepotrzebne skreślić

.....
(podpis lekarza)