

_____, dnia _____

ZAŚWIADCZENIE

lekarza rodzinnego

Zaświadcza się, że stan zdrowia Pana/i:

(imię i nazwisko)

(zamieszkały /a)

pozwała / nie pozwala* na uczestnictwo w zajęciach
Środowiskowego Domu Samopomocy w Krapkowicach

Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie.

(podpis i pieczęć lekarza)

* niepotrzebne skreślić

_____, dnia _____

ZAŚWIADCZENIE

lekarza rodzinnego

Zaświadcza się, że stan zdrowia Pana/i:

(imię i nazwisko)

(zamieszkały /a)

pozwała / nie pozwala* na uczestnictwo w zajęciach
Środowiskowego Domu Samopomocy w Krapkowicach

Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie.

(podpis i pieczęć lekarza)

* niepotrzebne skreślić

