………………………………………………… …………………………………………

Pieczątka ośrodka zdrowia miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko………………………………………………………………………

Data urodzenia………………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania……………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….

Stwierdzam: W/w ze względu na wiek/ stan zdrowia/ niepełnosprawność jest osobą, która wymaga opieki/ wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, w szczególności:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Brak przeciwskazań do udziału w zajęciach prowadzonych w Dziennym Domu Pomocy.

Przeciwskazania do udziału w zajęciach prowadzonych w Dziennym Domu Pomocy, jakie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………….

/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/