

.....
/pieczęć nagłówekowa/

..... dnia
/miejsowość/

ZASWIADCZENIE

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego „Bezpieczna Przystań” w Kochanówce

.....

2. Adres.....

3. Wiek.....

4. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach w Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym „Bezpieczna Przystań” w Kochanówce

TAK*

NIE*

5. Brak przeciwwskazań w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie uczęszczającej do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego „Bezpieczna Przystań” w Kochanówce

TAK*

NIE*

6. Faktyczny stan zdrowia

.....

.....

.....

.....
/podpis i pieczęć lekarza/

* właściwe podkreślić