

# ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

.....  
*imię i nazwisko*  
*osoby ubiegające się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy*

.....  
*data urodzenia*

.....  
*adres zamieszkania*  
*osoby ubiegające się o przyjęcie do Środowiskowego Domu Samopomocy*

Aktualny stan zdrowia osoby badanej (m.in. występujące choroby):

.....  
.....

Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie:

.....  
.....

Inne ważne informacje (np. zalecenia żywieniowe):

.....  
.....

Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach sportowych?\*

TAK       NIE

Jeżeli TAK to jakie?

.....

Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych w Środowiskowym Domu Samopomocy?\*

TAK       NIE

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis i pieczęć lekarza*

\* odpowiednie zaznaczyć znakiem „x”