

.....
Pieczęć 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 przeciwwskazań do udziału w zajęciach prowadzonych w Dziennym Domu Pomocy.

☐

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

.....

.....

.....
/pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie/