*……………………………………………………………………….*

Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego:

…………………………………………………………………………………………………………………...

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………….

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

Określenie stanu zdrowia i możliwości uczestniczenia osoby badanej w zajęciach COM, biorąc pod uwagę ogólny stan zdrowia *(należy zaznaczyć właściwe):*

1. Brak przeciwwskazań do uczestniczenia osoby badanej w zajęciach COM.★
2. Istnieją przeciwwskazania do uczestniczenia osoby badanej w zajęciach COM.

Uwagi lekarza …………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………...

,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,

……………………………………………

*(podpis i pieczęć lekarza)*

*★ właściwe podkreślić*