

..... dnia

/pieczęć nagłówekowa/

/miejsowość/

ZAŚWIADCZENIE

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Tłuszczu

.....

2. Adres.....

3. Wiek.....

4. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach w Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Tłuszczu.

TAK*

NIE*

5. Brak przeciwwskazań w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie uczęszczającej do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Tłuszczu

TAK*

NIE*

6. Faktyczny stan zdrowia

.....

.....

.....

7. Konieczność stosowania specjalistycznej diety.

TAK*

NIE*

Jeśli TAK to jakiej?.....

.....

/podpis i pieczęć lekarza/

* właściwe podkreślić

