Załącznik nr 7 do Regulaminu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

|  |
| --- |
|  **Wynik oceny stanu zdrowia**Stwierdzam, że ………………………………………………………………………….. *(imię i nazwisko osoby*) **nie ma przeciwskazań / ma przeciwskazania *1)* do** udziału w zajęciach w ramach Dziennego Domu Pomocy w Skoczowie.Krótki opis aktualnego stanu zdrowia, przebieg leczenia, zalecone stałe leki, hospitalizacje, zaopatrzenie ortopedyczne (kule, wózek inwalidzki) itp.: *(wypełnia lekarz)* |
| .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………… data, pieczęć oraz podpis lekarza  |
|  |

1) właściwe zaznaczyć