

Zaświadczenie lekarza rodzinnego
dla osoby ubiegającej się o skierowanie do
Środowiskowego Domu Samopomocy w Janówce

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego
Domu Samopomocy w Janówce

.....

2. Data urodzenia.....

3. PESEL.....

4. Adres (miejsce zamieszkania).....

5. Stan zdrowia

.....

.....

.....

.....

.....

6. Czy istnieją przeciwwskazania do skierowania uczestnika na zajęcia
prowadzone przez Środowiskowy Dom Samopomocy:

a. tak (jakie.....)

b. nie

7. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych
fizycznie.....

.....

- *zaświadczenie wydawane jest na prośbę osoby ubiegającej się o usługi w ŚDS w Janówce*

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)