

Piła, dnia

(Pieczęć gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

Pan (i)urodzony (a) dnia.....

Nie ma / ma* przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach w Środowiskowym Domu Samopomocy Caritas dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Informacja o sprawności w zakresie lokomocji

(Pieczęć i podpis lekarza rodzinnego)

* niewłaściwe skreślić