………………………………………

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

(dotyczy osoby ubiegającej się o skierowanie do ŚDS Nr 2 w Stalowej Woli)

1. Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………
2. Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………
3. Stan zdrowia:

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

1. Czy występują przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach w ŚDS Nr 2 :

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

1. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji (np. samodzielny, wymaga pomocy opiekuna, wymaga świadczenia usług transportowych):

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

1. Inne informacje ważne z punktu widzenia uczestnictwa w zajęciach ŚDS Nr 2:

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

…………………………… ……………………………

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć lekarza)