

.....
pieczęć nagłówekowa

.....dnia.....
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo- Mieszkalnego w Staszowie.

.....

2. Adres.....

3. Wiek.....

4. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach w Centrum Opiekuńczo- Mieszkalnym w Staszowie.

Tak

Nie

5. Brak przeciwwskazań w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie uczęszczającej do Centrum Opiekuńczo- Mieszkalnego w Staszowie.

Tak

Nie

6. Faktyczny stan zdrowia

.....

.....

.....

7. Konieczność stosowania specjalistycznej diety.

Tak

Nie

Jeśli tak to jakiej?.....

.....

podpis i pieczęć lekarza