



.....
/pieczęć nagłówkowa/

..... dnia
/miejscowość/

ZAŚWIADCZENIE

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Dąbrowie, 95-047 Jeżów, Dąbrowa 2.

.....

2. Adres.....

3. Wiek.....

4. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach w Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Dąbrowie .

TAK*

NIE*

5. Brak przeciwwskazań w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie uczęszczającej do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Dąbrowie.

TAK*

NIE*

6. Faktyczny stan zdrowia i aktualnie przyjmowane leki

.....

.....

.....

.....
/podpis i pieczęć lekarza/

* właściwe podkreślić