

.....
/ pieczęćka SP ZOZ/

.....
/ miejscowość i data/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczam, że ur. ,
/ imię i nazwisko/ /data urodzenia/
zam. jest osobą z niepełnosprawnością
fizyczną*), psychiczną*), fizyczną i psychiczną*).

Jest zdolny*), nie jest zdolny*) do uczestnictwa w realizowanym przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Długołęce programie „Spełnić choć jedno marzenie”, wspierającym osoby z niepełnosprawnością w szczególności do udziału w: warsztatach terapii zajęciowej*), wycieczkach*), zabawach*), spotkaniach integracyjnych*) z uwzględnieniem kilkugodzinnego pobytu poza miejscem zamieszkania.

Nie wymaga*), wymaga*) pomocy w zakresie

Jest zdolny*), nie jest zdolny*) do udziału w w/w programie.

Jest zdolny do udziału w w/w programie z udziałem opiekuna

Dodatkowe uwagi o stanie zdrowia: np. stosowane leki, ich dawkowanie, inne

.....
/ pieczęćka i podpis lekarza/

*) – niepotrzebne skreślić