

.....  
/ pieczętka 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 .....

.....  
/ pieczętka i podpis lekarza/

\*) – niepotrzebne skreślić