



„Centra opiekuńczo – mieszkalne”. Program realizowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

.....
(pieczęć nagłówkowa)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE

1. Imię i Nazwisko:
2. Adres:
3. Wiek:
4. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach w Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnym w Krapkowicach (usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, rehabilitacji)
TAK* **NIE***
5. Czy istnieją przeciwwskazania w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Krapkowicach.
TAK* **NIE***
6. Czy ww. jest osobą, która z uwagi na niepełnosprawność wymaga całkowitej/częściowej opieki i pomocy w niezbędnych potrzebach życiowych.
TAK* **NIE***
7. Informacja o przyjmowanych lekach i dawkowaniu:
.....
.....
.....
.....
.....
8. Faktyczny stan zdrowia:
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis i pieczęć lekarza)