.............................................................. .......................................... dnia ..............................

 /pieczęć nagłówkowa/ /miejscowość/

**ZAŚWIADCZENIE**

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Zarębach Kościelnych

 .........................................................................................................................................................

1. Adres.........................................................................................................................................
2. Wiek..........................................................................................................................................
3. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach w Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Zarębach Kościelnych.

  **TAK\* NIE\***

1. Brak przeciwwskazań w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej fizycznie uczęszczającej do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Zarębach Kościelnych

  **TAK\* NIE\***

1. Faktyczny stan zdrowia

 .........................................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................................

 ...........................................................................................................................................................

 .......................................................

 /podpis i pieczęć lekarza/

\* właściwe podkreślić