....

.....

/ pieczątka SP ZOZ/ / miejscowość i data/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadczam, że ..... /imię i nazwisko/, ur..... /data urodzenia/, zam. ..... jest osobą z niepełnosprawnością fizyczną*), psychiczną*), fizyczną i psychiczną*). Jest zdolny/a*), nie jest zdolny/a*) do uczestnictwa w realizowanym przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Długołęce Projekcie socjalnym „Spełnić choć jedno marzenie- edycja XX", 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/a*), nie jest zdolny/a*) do udziału w w/w programie. Jest zdolny/a do udziału w w/w projekcie socjalnym z udziałem opiekuna .....

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

/ pieczątka i podpis lekarza/

*) –niepotrzebne skreślić