

pieczęć placówki  
służby zdrowia

.....dnia.....20....r.

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię.....

Data urodzenia.....PESEL

Zamieszkały (a) .....

Stan zdrowia pozwala na uczestnictwo w zajęciach usprawniających funkcjonowanie w życiu codziennym, społecznych oraz usprawniających ruchowo. U w/w pacjenta/ki stwierdza się b/p do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy w Łęcznej. Pacjent/ka nie jest czynnie uzależniony/a od środków psychoaktywnych. Pacjent/ka powinien/na być dowożony/a samochodem przystosowanym do przewozu osób niepełnosprawnych.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę pacjenta/ki.

.....  
podpis i pieczęć lekarza