………………………… ……………………..dnia,……………..

Pieczęć nagłówkowa miejscowość

**ZAŚWIADCZENIE**

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do *Powiatowego Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Krzyżanowicach* ………………………………………………………....…...
2. Adres ……………………………………………………………………………………………
3. Wiek …………………………………………………………………………………………….
4. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach w Powiatowym Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Krzyżanowicach

Tak\* Nie\*

1. Czy istnieją przeciwwskazania w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej do Powiatowego Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Krzyżanowicach.

Tak\* Nie\*

1. Czy w/w jest osoba, która z uwagi na niepełnosprawność wymaga częściowej opieki i pomocy w zaspakajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.

Tak\* Nie\*

1. Faktyczny stan zdrowia

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

……………………………..

/podpis i pieczęć lekarza/

\*właściwe podkreślić