Zaświadczenie wydaje lekarz psychiatra lub lekarz neurolog oraz lekarz rodzinny dla osób ubiegających się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Sandomierzu ul. Katedralna 5.

Nazwisko i imię………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………….

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

1. Stan zdrowia pozwala/ nie pozwala na udział w zajęciach domu.
2. Brak lub występujące przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………… .……………………………………

Miejscowość i data Podpis i pieczęć lekarza

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY LUB LEKARZA NEUROLOGA**

1. Opis aktualnego stanu zdrowia z uwzględnieniem stanu psychicznego lub neurologicznego osoby kierowanej do Środowiskowe Domu Samopomocy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Występujące zaburzenia psychiczne lub neurologiczne osoby kierowanej:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………… ………………………….. podpis i pieczęć lekarza psychiatry lub neurologa

Miejscowość i data