

.....
(Pieczęć zakładu lub gabinetu lekarskiego)

Lekarskie oświadczenie o stanie zdrowia uczestnika turnusu

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie) |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK - uzasadnienie
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwie zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)