

Brzeziny, dn.

.....
Pieczętka zakładu opieki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań
do uczestnictwa w zajęciach środowiskowego domu samopomocy**

.....
Imię i nazwisko pacjenta/pesel

.....
Adres zamieszkania

Stan zdrowia pacjenta:.....

Przeciwwskazania:

.....
Podpis i pieczęć lekarza