.............................................................. .......................................... dnia ..............................

 /pieczęć nagłówkowa/ /miejscowość/

**ZAŚWIADCZENIE**

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Woli Małej.

 .........................................................................................................................................................

1. Adres.........................................................................................................................................
2. Wiek..........................................................................................................................................
3. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach w Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnym w Woli Małej.

  **TAK\* NIE\***

1. Czy istnieją przeciwwskazania w zakresie lokomocji osoby niepełnosprawnej do Centrum Opiekuńczo – Mieszkalnego w Woli Małej.

  **TAK\* NIE\***

6. Czy w/w jest osobą, która z uwagi na niepełnosprawność wymaga częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.

  **TAK\* NIE\***

7. Faktyczny stan zdrowia

 .........................................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................................

 ...........................................................................................................................................................

 .......................................................

 /podpis i pieczęć lekarza/

\* właściwe podkreślić